

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

223

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 26 Mars 1896, à une heure

PAR

PAUL BUREAU

EX-INTERNE DES HÔPITAUX DE NANTES

EX-INTERNE DE L'HÔPITAL MARIN DE PEN-BRON

LAURÉAT BIS DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES

Né à Nantes, le 2 Avril 1870

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ECTOPIE DE LA RATE

TORSION DU PÉDICULE

Président : M. GUYON, professeur.

Juges : MM. { DUPLAY, professeur.
NÉLATON et HARTMANN, agrégés.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical*

NANTES

IMPRIMERIE BOURGEOIS, RUE SAINT-CLÉMENT, 57

1896

223



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553824_0083

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 26 Mars 1896, à une heure

PAR

PAUL BUREAU

EX-INTERNE DES HÔPITAUX DE NANTES

EX-INTERNE DE L'HÔPITAL MARIN DE PEN-BRON

LAURÉAT BIS DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES

Né à Nantes, le 2 Avril 1870

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ECTOPIE DE LA RATE

TORSION DU PÉDICULE

Président : M. GUYON, professeur.

*Juges : MM. { DUPLAY, professeur.
 { NÉLATON et HARTMANN, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical*

NANTES

IMPRIMERIE BOURGEOIS, RUE SAINT-CLÉMENT, 57

—
1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et Thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	} DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.....	} DEBOVE.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et Appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.....	TERRIER.
Thérapeutique et Matière médicale.....	POUCHET.
Hygiène.....	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	LABOULBENE.
	STRAUS.
	G. SÉE.
Clinique médicale.....	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladies des enfants.....	JOFFROY.
Clinique de Pathologie mentale et des Maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques.....	RAYMOND.
Clinique des Maladies du système nerveux.....	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique chirurgicale.....	TILLAUX.
	BERGER.
Clinique des Maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchement.....	TARNIER.
	PINARD.

• Professeur honoraire

M. PAJOT.

MM.

Agrégés en exercice.

ACHARD.	FAUCONNIER.	MARIE.	SÉBILEAU.
ALBARRAN.	GAUCHER.	MENETRIER.	THIERY.
ANDRÉ.	GILBERT.	NELATON.	THOINOT.
BAR.	Gilles DE LA TOURETTE.	NETTER.	TUFFIER.
BONNAIRE.	GLEY.	POIRIER, chef des	VARNIER.
BROCA.	HARTMANN.	Travaux anatomiques.	WALTHER.
CHANTEMESSE	HEIM.	RETTERRER.	WEISS.
CHASSEVENT.	LEJARS.	RICARD.	WIDAL.
CAARRIN.	LETULLE.	ROGER.	WURTZ.
DELBET.	MARFAN.	SCHWARTZ.	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions admises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

HOMMAGE DE FILIALE RECONNAISSANCE

A MA FIANCÉE

A MES FRÈRES, A MES SŒURS

A MA TANTE

A MONSIEUR LE DOCTEUR F. CORNUDET

A MES PARENTS ET AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE MONSIEUR LE D^r GUYON

Professeur de Pathologie chirurgicale

Chirurgien de l'hôpital Necker

A MONSIEUR LE D^r VIGNARD

Professeur suppléant à l'Ecole de Médecine de Nantes

Chirurgien suppléant des Hôpitaux

A MES MAÎTRES

AVANT-PROPOS

En 1893, à l'Hôtel-Dieu de Nantes, nous observions dans le service de M. le professeur Heurtaux, un cas de splénectomie pour ectopie de la rate. Cette affection avait alors son histoire ; mais ce qui rendait le cas particulièrement intéressant, c'était l'existence d'une complication sérieuse : la torsion du pédicule, que notre maître nous présenta comme une rareté pathologique. L'observation, très complète, se trouve à la fin de ce travail.

Encouragé par les conseils de notre maître, M. le docteur Vignard, nous avons recueilli et étudié les faits analogues publiés jusqu'à ce jour. Les uns, à la vérité, n'ont été que des trouvailles d'autopsie ; dans les autres plus récents, mieux observés, aux constatations anatomiques s'ajoutent des données cliniques instructives.

Aussi bien, muni de ces éléments, nous a-t-il semblé à la fois possible et utile d'esquisser à l'heure actuelle l'histoire de la torsion du pédicule dans l'ectopie de la rate. C'est ce que nous avons entrepris dans ce modeste travail.

Nous tenons à remercier ici M. le docteur Vignard d'avoir bien voulu nous prêter le concours de ses sages conseils.

Que M. le professeur Guyon daigne agréer tous nos remerciements pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant de présider notre thèse.

Enfin, c'est pour nous un devoir très doux, sur le point de terminer nos études, d'adresser à nos maîtres, dans les hôpitaux de Nantes, l'hommage de notre reconnaissance.

CHAPITRE PREMIER.

CAUSES ET FRÉQUENCE DE LA TORSION DU PÉDICULE

DANS L'ECTOPIE DE LA RATE.

Il serait intéressant d'établir la fréquence de la torsion du pédicule dans les déplacements de la rate. Le fait est-il très rare ?

On sait que cette complication se produit environ sept fois, sur cent cas de kystes de l'ovaire. Or, Lieffring (Thèse de Paris 1894), s'appuyant sur un certain nombre de cas de splénectomies, nous donne une proportion de 1 pour 5. Ne faut-il pas en conclure que la rate ectopiée a plus de tendance à se tordre sur son pédicule que le kyste de l'ovaire. Encore, est-il légitime d'admettre que dans nombre de cas où cette complication n'a pu être constatée au cours d'une laparotomie ou lors de la nécropsie, certains accidents observés antérieurement, tels que douleurs périodiques se produisant d'une façon brusque, accroissement rapide de la rate ectopiée, soient imputables à des torsions non permanentes du pédicule.

Quoi qu'il en soit, nous pouvons affirmer que cette complication est loin d'être exceptionnelle dans l'histoire de l'ectopie de la rate. Pour nous expliquer cette fréquence relative, passons en revue les divers facteurs pouvant contribuer à la produire.

En première ligne, il nous faut mettre la mobilité de l'organe déplacé. Entraînée le plus souvent par son poids pathologiquement accru, vers les régions déclives, la rate exerce sur ses ligaments des tiraillements qui ont pour effet de produire leur allongement. Bientôt, ces ligaments perdent leur configuration normale ; ils s'étirent, s'amincissent, et la rate devient, suspendue à un véritable pédicule, aussi mobile que l'embryon l'est dans l'utérus, à l'extrémité du cordon. Elle est devenue la rate « voyageuse ».

Plongeant au milieu des anses intestinales essentiellement mobiles, soumise à tous les changements de pression et d'équilibre que lui imposent la distension et la déplétion successives de l'intestin, de la vessie ; subissant dans son centre de gravité des déplacements produits par les secousses, les changements de position, l'exploration de la malade, sans adhérences au début, parfois avec un léger degré d'ascite, la rate se trouve dans les meilleures conditions possibles pour pivoter sur son pédicule.

Mais ce n'est là qu'une première catégorie de faits dans laquelle la torsion, pour s'effectuer plus facilement, n'en est peut-être que moins dangereuse. Si la production d'adhérences ne vient pas s'y opposer, sous l'influence de causes analogues à celles qui ont produit la torsion ou par le fait même de l'élasticité du pédicule, la rate pourra revenir dans sa situation primitive. Les accidents n'auront été que passagers.

Dans un autre ordre de faits moins nombreux, la rate, dès le début des accidents, est enclavée dans le bassin, immobile. On ouvre l'abdomen et l'on trouve un pédicule tordu. Glasgow (1). Quand a pu s'accomplir cette torsion ? il nous semble difficile d'admettre que ce soit après l'enclavement.

(1) Obs. XVI.

Force est bien d'admettre qu'enclavement et torsion ont été simultanés ; que la rate, en tombant dans l'excavation, a subi cette rotation sur son axe, que son immobilité dès lors rendait permanente.

Nous verrons en étudiant l'anatomie pathologique, que les adhérences de la rate, qui se rencontrent sans torsion du pédicule, sont favorisées par cette complication. Ces adhérences contribuent à fixer la rate dans sa situation vicieuse. Existentes avant que la torsion se soit produite ? sans doute, elles peuvent, en rendant la rate moins mobile, gêner la rotation ; mais il doit en être parfois ici comme pour les kystes de l'ovaire ; des adhérences existant d'un côté, et l'organe, s'hypertrophiant d'une façon inégale, le centre de gravité se déplace et la rate culbute du côté opposé à ces adhérences, en tournant sur son pédicule.

En résumé, la rate ectopiée peut subir une torsion dans trois circonstances différentes.

1° Lorsqu'elle est très mobile, que son pédicule est allongé, qu'il n'existe pas d'adhérences ; ce fait est de beaucoup le plus commun. Alors, la détorsion peut s'effectuer ; ou bien elle persiste, soit que la péritonite adhésive établisse des adhérences, soit même sans ces adhérences. Est-il en effet nécessaire que les adhérences se produisent pour que la torsion accomplie persiste ? nous ne le croyons pas, mais elles y contribuent certainement pour une large part.

2° Lorsque la rate s'enclave dans le petit bassin ; nous admettons que la torsion a été contemporaine de l'enclavement.

3° Lorsque la tumeur, par le fait d'adhérences préalables, n'est pas complètement mobile. Dans ce cas, la torsion s'effectuera en dépit de ces adhérences si celles-ci sont faibles et cèdent à l'effort de torsion ; ou par le fait même de ces adh-

rences, lorsqu'elles existent d'un côté seulement, le centre de gravité se déplaçant grâce à l'accroissement inégal de la rate, et entraînant l'organe du côté opposé. On sait que la malaria, l'affection la plus commune de la rate ectopiée, produit précisément des lésions hypertrophiques sur des points disséminés de la rate.

Le sens de la rotation ne semble rien avoir de fixe. Dans beaucoup d'observations, nous n'en trouvons pas mention. D'après les autres il semblerait néanmoins que cette rotation s'accomplisse plus souvent de gauche à droite, et de haut en bas ; tel était le cas que nous avons observé dans le service de M. Heurtaux. La partie supérieure de la rate étant plus lourde, tend naturellement, lorsque l'organe devient très mobile, à se porter en bas et à produire par là même la bascule ; mais pourquoi cette partie supérieure s'inclinerait-elle plus volontiers en avant qu'en arrière, les données anatomiques nous paraissent impuissantes à l'expliquer.

Nous pensons que le sens de la rotation est influencé par un ensemble de circonstances très variables qui, en réalité, échappent à l'analyse.

CHAPITRE II.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES.

La rate se rattache normalement aux parties voisines par quatre ligaments : à la grande courbure de l'estomac par le ligament gastrosplénique qui lui constitue en même temps sa principale voie de nutrition. C'est en effet dans son épaisseur que cheminent les vaisseaux spléniques, artère et veine. Le ligament phreno-splénique la suspend au pilier gauche du diaphragme. Le ligament pancratico-splénique s'étend de la queue du pancréas à la partie inférieure de la rate. Un petit repli séreux à concavité supérieure, en forme de sac, loge enfin l'extrémité inférieure de la rate et lui sert de soutien.

Ces quatre moyens de fixité nous intéressent d'une façon inégale au point de vue qui nous occupe.

Du dernier il n'est point question dans les faits observés ; sans doute, son rôle plus ou moins efficace à l'état normal, devient-il absolument nul lors du déplacement de l'organe ; soit qu'il se laisse distendre, soit qu'il se déchire, il n'oppose en tout cas aucune résistance. Néanmoins, lorsqu'il est résistant et solidement fixé au méso-côlon transverse, est-il peut-être susceptible de jouer un rôle dans la bascule de l'organe, comme dans le cas d'Heurtaux ? On comprend que la rate, devenue plus volumineuse, tendant à descendre, et étant retenue en bas par ce ligament, sa partie supérieure, la

plus lourde s'abaisse en produisant un demi-tour de rotation.

Le ligament suspenseur de la rate ou phreno-splénique a été retrouvé intact, uni au pédicule tordu, dans le cas de Rünge (1). D'après Klob, la déchirure de ce ligament se produirait dans beaucoup de cas de rate paludéenne, et faciliterait son renversement en avant, ce qui, en l'absence de faits bien démontrés, nous semble d'ailleurs assez logique.

Le ligament pancréatico-splénique relie la queue du pancréas à la rate. Au moment de la torsion, il se tord lui-même et tiraille évidemment sur la glande à laquelle il confine. Mais que ce ligament vienne à manquer, que la queue du pancréas se prolonge jusque sur la rate comme cela a lieu normalement dans un certain nombre de cas, et l'on trouvera, faisant partie du pédicule tordu, le pancréas lui-même, comme nous le prouvent les observations de Helm et Klob (2), et de Rünge (3).

Dans un cas de Rokitansky (4), il faisait trois tours de spire autour des vaisseaux spléniques.

Le ligament gastro-splénique, le plus important, constitue à proprement parler le pédicule de la rate. Dans son épaisseur cheminent artères et veines spléniques, d'où les désordres de circulation dus à la torsion de ces vaisseaux, et sur lesquels nous aurons à revenir.

Très variable comme longueur, le pédicule tordu est le plus souvent allongé, étiré. Il avait six centimètres et demi dans un cas de Quiquerez (5). Le pancréas, étiré, formait avec le ligament gastro-splénique un pédicule de dix centimètres dans celui de Rokitansky (6).

Il semblerait à priori que le pédicule dût subir en se tordant un raccourcissement proportionnel au nombre de tours.

(1) Obs. XX.

(3) Obs. XX.

(5) Obs. II.

(2) Obs. VI.

(4) Obs. III.

(6) Obs. III.

Pourtant, dans plusieurs observations, celle d'Heurtaux en particulier, il subissait après section, un retrait attestant de la tension à laquelle il était soumis. Ce phénomène s'explique par l'élasticité du pédicule. Lorsque la torsion s'exécute, l'organe peut être fixé par quelques adhérences, ou bien son poids ne lui permet pas de remonter vers le flanc gauche. Dans les deux cas le pédicule se tend en subissant la torsion. Dans le cas de Pochownick (1), il n'est pas question d'adhérences; la rate était bien mobile; après l'avoir dégagée de la partie droite de l'excavation, et après avoir détordu le pédicule, on constata que celui-ci se raccourcit facilement grâce à son élasticité. Dans celui de Bland Sutton (2), après détorsion du pédicule, la rate reprit d'elle-même sa position dans le flanc gauche.

Dans un cas de Coomans et de Cnaep (3), ce pédicule semblait plutôt relâché, ce qui peut s'expliquer par une torsion datant de quelque temps et ayant permis aux tissus du pédicule de s'adapter peu à peu aux dimensions qu'il était obligé de subir.

L'épaisseur du pédicule varie également suivant les observateurs. Les uns l'ont trouvé gros comme le pouce (Klein) (4), (Heurtaux); d'autres comme le petit doigt (Coomans et de Cnaep) (5); on l'a comparé à un cordon ombilical (Bland Sutton, Hartmann) (6). Prochownick (7) et Glasgow (8) l'ont trouvé fort large, quoique tordu; tandis que Rokitsky (9) a vu une artère splénique dont le calibre avait beaucoup diminué du fait de la torsion. Rien de plus variable que le nombre de tours observé. Dans le cas d'Heurtaux, il

(1) Obs. X.

(4) Obs. IV.

(7) Obs. X.

(2) Obs. XVII.

(5) Obs. VII.

(8) Obs. XVI.

(3) Obs. VII.

(6) Obs. XVIII.

(9) Obs. III.

avait subi une torsion de $\frac{3}{4}$ de cercle; la rate était tordue deux fois et demie dans celui de Körte (1), et jusqu'à trois fois dans ceux de Babesiu et de Bland Sutton (2).

La torsion du pédicule de la rate produit des lésions multiples variant avec le nombre de tours, et la façon plus ou moins brusque suivant laquelle cette torsion s'accomplit.

Nous avons à étudier ces lésions dans le pédicule, dans la rate, dans les organes voisins.

On connaît les lésions produites sur les vaisseaux du pédicule tordu dans le kyste de l'ovaire. Les faits sont absolument analogues pour le cas qui nous occupe.

Les observations mentionnent en effet la thrombose des vaisseaux (Körte, Hartmann) (3); celle des grosses veines seulement, avec perméabilité des artères (Gersuny) (4); l'oblitération partielle de la veine et de l'artère (Babesiu, Rokitsky) (5); la thrombose des artères (Quiquerez) (6).

Le fait le plus commun est celui de la gêne de la circulation en retour. L'artère, plus centrale dans le pédicule, à parois plus résistantes, laisse passer le sang alors que les veines, dont les parois sont plus flasques, se laissent étrangler.

De là, dilatation énorme de ces veines entre le point étranglé et la rate; surtout, lorsqu'à la torsion s'ajoute comme agent d'étranglement l'enroulement de la queue du pancréas autour des vaisseaux (Helm et Klob) (7). Dans un cas de Lawrason (8), la circulation en retour était interrompue et les veines, énormes, gorgées de sang, avaient atteint la grosseur de l'intestin.

Les organes voisins peuvent agir comme agents de compression et le pédicule en se tordant, peut s'étrangler sur eux.

(1) Obs. IX.

(4) Obs. XII.

(7) Obs. VI.

(2) Obs. V et XVII.

(5) Obs. III et V.

(8) Obs. XIII.

(3) Obs. IX et XVIII.

(6) Obs. II.

C'est ainsi que nous voyons, dans un cas cité par Albert, le pédicule « *enserré en deux points au niveau du hile et à six centimètres plus loin par des bandes conjonctives formées par le bord droit de l'épiploon et par la queue du pancréas que fixent des fausses membranes.* »

Les thromboses vasculaires, si souvent observées, s'accompagneraient d'après Pilliet (Anatomie pathologique de la rate — Soc. de Biologie 1895) d'une endartérite des vaisseaux du pédicule. Cette endartérite est consécutive à la thrombose, et celle-ci due sans doute à la gêne de la circulation en retour et au ralentissement du cours du sang dans les voies afférentes.

On le conçoit, les lésions du pédicule vont retentir sur la rate. De fait, celle-ci a été trouvée le plus souvent malade.

Mais à cet égard, il y a lieu de faire deux parts dans les lésions observées : les unes sont primitives, et dues le plus souvent au paludisme chronique, cause fréquente de l'ectopie. De celles-ci, nous n'avons pas à nous occuper.

Les autres sont secondaires à la torsion du pédicule et dues aux troubles circulatoires produits par cette torsion. Ces troubles circulatoires peuvent consister, nous l'avons vu, dans une oblitération presque totale des vaisseaux, artères et veines ; il en résulte un apport insuffisant dans l'échange des matériaux nutritifs qui peut aboutir à la nécrose.

De fait, Quiquerez a trouvé dans la rate des points de sphacèle contenant des cristaux d'hématoïdine. Pilliet nous signale l'atrophie des corpuscules de Malpighi, et la transformation adipeuse ou scléreuse du parenchyme. La capsule était épaissie, à incrustations calcaires, dans un fait cité par Rokitsky.

Babesiu nous la décrit comme « une masse gris rougeâtre, putride, dans laquelle nageaient des débris de la pulpe dégé-

née. » Glasgow la trouva tellement friable qu'il lui fut impossible de la fixer par des points de suture à la paroi abdominale. Gersuny nous signale dans un cas « de grands et de petits foyers nécrotiques. »

Dans le cas que nous avons observé dans le service de M. Heurtaux, la rate présentait l'aspect suivant :

« Son tiers inférieur, qui en réalité représentait le tiers supérieur de l'organe culbuté, offre à peu près son aspect normal, sauf un peu de congestion. Sa face est lisse.

» Les deux tiers supérieurs, au contraire, sont altérés. Le tissu splénique montre à la coupe un tissu plus compact, mais aussi peu friable, hépatisé en quelque sorte. La capsule de cette zone manque dans une grande étendue, car elle est restée adhérente au péritoine pariétal et aux organes voisins, par suite de la péritonite qu'avait suscitée la torsion du pédicule et sans doute aussi parce que les connexions entre la capsule et le tissu splénique avaient perdu une partie de leur résistance.

» Chose singulière, il semblait y avoir une tendance à la nécrose et à l'élimination de la portion de rate enflammée, car on voit fort bien, non seulement à la surface extérieure de l'organe, mais aussi sur la coupe longitudinale de la pièce, à l'union du tiers inférieur avec ses deux supérieurs, une sorte de sillon qui tend à séparer la partie malade de celle qui était à peu près saine. »

Citons enfin l'observation de Cabriolus où « la rate, libre de toute adhérence, nageait dans la cavité abdominale. »

Ce dernier cas peut être rapproché de ceux où des kystes de l'ovaire à pédicule tordu et rompu, ont été trouvés desséchés, atrophies, au milieu des viscères.

Que les veines soient imperméables, alors que le sang continue à se déverser par les artères, et l'on trouvera des

lésions variant depuis la congestion simple jusqu'à la rupture et l'hémorrhagie, pouvant en fin de compte amener la gangrène de l'organe.

Dans un premier degré, on observe une stase passive, sans infarctus hémorrhagiques. L'organe est augmenté de volume, turgescent, induré (cas d'Hartmann); (1) son volume s'accroît dans ces conditions d'une façon subite, rapide; si la torsion s'accomplit lentement, par étapes successives, on verra s'accomplir ces fluctuations dans le volume de la tumeur, dues évidemment aux périodes de stase correspondant à chaque degré de torsion. L'infection primitive est sans doute capable de modifier le volume et la consistance de la rate, mais non d'une façon aussi rapide.

Dans le cas de Lawrason (2) « la rate pesait 54 onces 1/2; elle était fortement hypertrophiée. Or, dégagée du sang qu'elle contenait, elle avait son volume normal et présentait au microscope une structure également normale. La circulation en retour était interrompue dans le pédicule, et les veines, énormes, atteignaient la grosseur de l'intestin. »

Voilà un exemple fort net de cette augmentation de volume due uniquement à la torsion du pédicule.

La stase passive peut s'accompagner de foyers hémorrhagiques. C'est un second degré dans les lésions. Les observations où sont signalés ces infarctus de la rate, sont celles d'Albert — Rokitansky — Körte — Maccall et Rünge. (3)

Dans le cas de Maccall, il y avait une hémorrhagie dans la capsule splénique. Dix pintes d'un liquide épais rouge brun, furent retirées par une première ponction; la réaccumulation

(1) Obs. XVIII.

(3) Obs. XI, III, IX, XIV, XX.

(2) Obs. XIII.

fut très rapide, et lors de l'opération, huit pintes d'un liquide semblable s'échappèrent.

Dans un troisième degré, la tension sanguine peut produire des ruptures de l'organe, comme cela arrive pour les kystes de l'ovaire à pédicule tordu.

Le fait néanmoins ne semble pas ici fréquent. Dans un cas de Penrose (1), « la torsion du pédicule avait produit un engorgement de la glande, dont le volume était quadruplé, suffisant pour avoir produit sa rupture, près du hile. »

La suppuration de l'organe ne nous semble pas avoir été signalée, en dehors des cas de gangrène. La rate à pédicule tordu, est cependant dans des conditions favorables pour la suppuration, comme tout organe dont la circulation est défectueuse, où il y a stagnation de liquides. Ne faut-il pas en conclure que la rate qui suppure facilement dans certaines maladies aiguës, n'est pas habitée dans le cas d'ectopie ou d'impaludisme chronique, par des germes pyogènes ?

Les lésions de voisinage sont à peu près constantes.

Signalons tout d'abord les adhérences de la rate et du pédicule avec l'intestin, l'épiploon, le cœcum, la paroi abdominale.

Le grand épiploon a été trouvé altéré. Ces adhérences sont dues à une péritonite adhésive, produite par irritation mécanique de la séreuse ; l'augmentation de volume de l'organe ectopié et ses déplacements, le dépoli de sa surface dû à ses altérations, sont la cause de cette irritation.

Ces adhérences étaient remarquables dans le cas de M. Heurtaux.

« Avant la découverte et le traitement du pédicule, on avait

(1) Obs. XV.

eu à se débarrasser d'adhérences notables. D'abord avec le péritoine pariétal qui adhérerait largement à la rate et assez intimement pour que, dans une grande étendue, la capsule splénique lui soit restée adhérente; la décortication se faisant entre le tissu de la rate et sa capsule.

L'épiploon, adhérent à la partie supérieure de la tumeur, est lié et coupé.

Deux anses d'intestin grêle adhèrent intimement à la rate : l'une à gauche, l'autre dans l'excavation pelvienne. En outre, le cœcum et son appendice sont maintenus en dehors et en arrière par quelques adhérences facilement détruites.

On peut donc dire que cette rate, à part quelques points très limités, était unie à tous les organes qui l'entouraient. »

Dans le cas de Maccall (1), « il y avait de larges adhérences, si solides en un point, qu'une portion de la paroi kystique ne put être enlevée. »

Des germes, venus du dehors probablement à travers les parois intestinales, peuvent venir infecter la séreuse péritonéale, et les cas de péritonite septique en sont la preuve. Dans celui d'Heurtaux, à l'ouverture de l'abdomen, il s'écoula « un liquide grisâtre ressemblant à du pus. »

Le liquide ascitique qui existe parfois a été trouvé exempt de germes (Hartmann). (2)

L'étranglement intestinal peut être la conséquence de la torsion du pédicule d'une rate déplacée; témoins les faits observés par Babesiu (3), où « une anse intestinale était étranglée entre le ligament gastro-splénique tendu et la colonne vertébrale » et celui de Helm et Klob (4), qui signalent « la com-

(1) Obs. XIV.

(3) Obs. V.

(2) Obs. XVIII.

(4) Obs. VI.

pression de la dernière portion du duodenum par le pancréas contre le vertèbres ; l'estomac, en outre, était rouge sombre, gélatiniforme ; la dégénérescence complète dans le grand cul-de-sac. »

Dans le cas cité par Korte (1) « au-dessous de l'extrémité supérieure de la rate, entre des adhérences et le pédicule tordu, se trouvait une anse intestinale fortement étranglée, présentant déjà un point de gangrène au niveau du sillon de compression. De là péritonite à exsudat purulent. »

Dans le cas de Coomans et de Cnaep (2), il y avait des symptômes manifestes d'occlusion intestinale, mais dus, dans la circonstance, à l'enclavement de la rate comprimant l'intestin, plutôt qu'à la torsion elle-même.

Pour nous résumer, disons que les principales lésions de voisinage dues à la torsion du pédicule de la rate, peuvent consister :

- 1° En péritonite adhésive.
- 2° En périsplénite suppurée.
- 3° En étranglement intestinal.

(1) Obs. IX.

(2) Obs. VII.

CHAPITRE III

SYMPTÔMES ET DIAGNOSTIC.

Les symptômes observés dans le cas d'ectopie de la rate compliquée de torsion du pédicule ne doivent pas être mis tous sur le compte de cette complication.

Qu'il y ait ou non torsion du pédicule, les symptômes douloureux s'observent constamment avec de nombreuses variantes du reste comme siège, comme intensité, comme durée et périodicité. De même, les troubles digestifs, les troubles menstruels, les troubles vésicaux et rectaux sont à peu près constants.

Voyons donc en quoi diffère le tableau clinique de l'ectopie simple de la rate, de celui produit par la torsion du pédicule.

Dans ce dernier, un fait attire tout d'abord notre attention : c'est le début rapide, brusque, des phénomènes du péritonisme.

Les douleurs dues à l'ectopie de la rate sont sourdes ; ce sont des tiraillements dans l'hypocondre gauche ; un endolorissement exagéré par la marche, les fatigues. Tout à coup, la douleur devient aiguë ; la malade est prise de nausées, de vomissements ; le pouls est petit, rapide, sans élévation de température du reste. Le ventre se ballonne : c'est le péritonisme, état particulier, qui rappelle le tableau de la péritonite, mais qui en diffère, cliniquement par la moindre acuité des

symptômes et l'absence de fièvre ; qui en diffère, au point de vue pathogénique, par l'absence d'infection du péritoine.

Ce péritonisme, qui n'est point spécial à la torsion pédiculaire de la rate, mais qui se voit dans nombre d'affections ou d'accidents abdominaux, est dû, d'une façon générale, à une irritation des filets du sympathique abdominal.

Cette irritation produit par voie réflexe de la paralysie intestinale, des vomissements, le refroidissement des extrémités, la pâleur, la petitesse et la fréquence du pouls.

Dans le cas qui nous occupe, ces symptômes de péritonisme sont dus à la constriction et aux tiraillements exercés sur les filets nerveux, tributaires du plexus solaire, par la torsion du pédicule dans lequel cheminent ces filets nerveux.

Dans l'ectopie simple de la rate, les tiraillements exercés par l'organe hypertrophié et déplacé, surtout lorsque celui-ci contracte des adhérences avec les parties voisines, ou vient comprimer les organes pelviens, peuvent produire des accidents légers de péritonisme. Mais ceux-ci n'ont jamais alors la brusquerie ni l'acuité qu'ils acquièrent lors de la torsion du pédicule.

Une cause occasionnelle leur donne parfois naissance.

La malade d'Albert est prise de ces accidents après avoir dansé une nuit toute entière. Ce fut après un bon repas que celle de Penrose, ayant éprouvé pendant un an les douleurs symptomatiques d'une rate déplacée, fut prise tout à coup de douleurs abdominales avec vomissements et diarrhée.

Körte nous raconte que sa malade, portant une tumeur flottante de l'abdomen, considérée comme un rein mobile gauche, vit tout à coup à la suite d'examens réitérés, cette tumeur augmenter de volume ; en même temps, sa face devint pâle, le pouls petit et fréquent ; l'abdomen se ballonna ; la sécrétion urinaire se tarit ; les signes d'hémorrhagie interne se déclarèrent.

La malade de Bland Sutton (1), celle de Helm et Klob (2), celle d'Heurtaux ont éprouvé les mêmes symptômes à début rapide : douleurs aiguës, ballonnement du ventre, pâleur, petitesse du pouls, nausées, vomissements.

Un second symptôme, non moins important, s'ajoute au précédent, et s'accuse d'une façon également brusque et rapide : c'est l'augmentation de la tumeur.

Ici encore, il nous faut établir une distinction. La rate en ectopie est susceptible de subir des variations de volume. Les lésions de la malaria subissent des poussées périodiques et produisent des accroissements irréguliers de l'organe déplacé. En outre, aux périodes menstruelles, la rate ectopiée semble participer, par un mécanisme peu connu, à la congestion utérine.

Mais ce qui caractérise cette augmentation de volume due à la torsion du pédicule, c'est sa brusquerie, sa rapidité, et sa coïncidence avec les symptômes de péritonisme précédemment décrits.

Il suffit de lire les observations d'Heurtaux, de Maccall, de Malins (3), pour avoir des exemples fort nets de cette augmentation subite du volume de la rate en ectopie.

Celle d'Heurtaux éprouve une vive douleur au niveau de la fosse iliaque droite. On découvre alors dans cette région une tumeur grosse comme un demi-œuf. Mais en 4 jours, elle prend un assez grand développement ; et à son entrée à l'hôpital, on constate que cette tumeur remonte au niveau de l'ombilic, descend d'autre part dans l'excavation, atteignant la fosse iliaque à droite, dépassant la ligne médiane à gauche.

Donc, phénomènes brusques de péritonisme, et rapide augmentation de volume de la rate en ectopie, tels sont les deux grands symptômes de la torsion du pédicule.

(1) Obs. XVII.

(2) Obs. VI.

(3) Obs. XIV, XIX.

Mais les choses ne sont pas souvent aussi nettes que dans les trois cas auxquels nous faisons allusion tout à l'heure. Qu'on lise par exemple l'observation de Rünge (1), la malade se plaint bien d'une augmentation de volume du ventre avec douleurs exagérées par les mouvements ; mais il n'est point question de cette brusquerie du début, de cette acuité des accidents tels que nous les avons rencontrés. Admettons donc, à côté d'une forme aiguë, une seconde forme, subaiguë si l'on veut, qui se caractérise par des douleurs plus vives que dans la simple ectopie, une sensibilité spéciale, une augmentation plus ou moins rapide de l'organe déplacé, parfois, un état cachectique, amaigrissement, fièvre hectique, anorexie, troubles digestifs graves qui en fin de compte forcent les malades à réclamer l'intervention.

Prenons comme exemple de cette forme subaiguë la malade de Prochownick (2). Lorsqu'elle vient consulter, elle éprouve depuis longtemps de la lourdeur dans le ventre, une sensation douloureuse à la base du thorax ; parfois même, les douleurs étaient telles qu'elles amenaient de la boiterie, tantôt à droite, tantôt à gauche. Elle accuse des pertes rouges, et on la soigne pendant plusieurs semaines par les calmants, pelotes, pessaires. Bref, on pratique la laparotomie et l'on trouve une rate à pédicule tordu.

Une troisième forme, celle-là très lente, correspond à ces torsions incomplètes et passagères dont nous avons déjà parlé, et qui se caractérisent par des poussées de douleurs avec légers symptômes de péritonisme, coïncidant avec des augmentations rapides de volume de la tumeur. Bientôt, ces phénomènes se calment et tout rentre dans l'ordre.

(1) Obs. XX.

(2) Obs. X.

Le diagnostic de torsion du pédicule pour être posé, doit être précédé de celui d'ectopie de la rate. Lorsque cette dernière affection est bien reconnue, et que la malade est subitement prise des symptômes que nous avons décrits, on peut soupçonner fortement la complication en question. Ce diagnostic, qui d'après les observations recueillies, n'a jamais dû être affirmé, pourrait l'être à notre avis, dans les cas types, dans ces formes aiguës que nous avons décrites.

Dans les autres formes, il est difficile d'être affirmatif.

La palpation pourrait dans certains cas fournir quelques renseignements. On peut parfois distinguer à travers les parois abdominales, les deux bords de la rate, l'un moussé, l'autre tranchant. Peut-être serait-il possible, lorsque l'organe n'est pas déformé, d'apprécier la position de ces bords, et dans le cas par exemple, où le bord antérieur est devenu postérieur, d'affirmer la rotation de l'organe.

Nous pensons néanmoins que le plus souvent, ce moyen d'investigation sera très douteux, étant données les déformations fréquentes que subit la rate, du fait de ses lésions primitives, et de celles dues à la torsion.

Les deux éléments sérieux de diagnostic restent donc :

- 1^o Les phénomènes du péritonisme à début rapide.
 - 2^o L'augmentation également rapide du volume de la rate en ectopie.
-

CHAPITRE IV.

MARCHE ET COMPLICATIONS. — PRONOSTIC

Dans la plupart des cas observés, la marche des symptômes est à peu près la même. Le début a été plus ou moins brusque ; en tout cas, les premiers phénomènes graves, soit par leur persistance, soit par leur acuité, amènent la malade à réclamer au bout de peu de temps les secours du chirurgien.

Néanmoins, il est possible de distinguer parmi ces cas terminés par la laparotomie une forme très rapide, et une forme lente. Admettant la forme très lente dont nous avons parlé, nous aurons dans le cas présent, une classification qui correspond à celle qu'on a adopté dans la description de la torsion du pédicule pour les kystes de l'ovaire : forme brusque, forme lente, forme très lente.

Lisons l'observation de Helm et Klob. (1)

La malade, ayant présenté depuis quelque temps des crises abdominales douloureuses, ressent de nouveau le 7 Mars, de nouvelles douleurs très violentes qui l'obligent à entrer à l'hôpital ; mort le soir même dans des souffrances atroces.

Voilà la forme rapide.

Un autre exemple nous est fourni par le cas de Malins (2) ;

(1) Obs. VI.

(2) Obs. XIX.

ici, les accidents débutent le 25 Décembre; la douleur très violente, les vomissements, la prostration persistent sans amélioration jusqu'à son entrée à l'hôpital (31 décembre); l'opération est pratiquée le 2 Janvier, les accidents très aigus, n'ayant cessé d'exister, et ayant déterminé l'intervention rapide.

Remarquons que les complications de la torsion du pédicule, hémorrhagie, gangrène de la rate, péritonite suppurée, étranglement intestinal, peuvent contribuer à donner à la marche des accidents une allure plus rapide.

Ainsi, dans le cas de Helm et Klob (1), les lésions du péritoine, de la rate, de l'estomac, du pancréas, du duodenum suffisaient à expliquer la marche suraiguë des accidents.

La forme lente nous est fournie par le plus grand nombre des observations. Les accidents, dès le début, sont moins aigus, ou deviennent subaigus; mais ils s'accompagnent de dyspnée, d'anxiété, de fièvre hectique, d'anorexie, de dépérissement, qui conduisent à une époque plus ou moins reculée, à l'intervention ou à la mort. Cette forme est en somme caractérisée par un état cachectique, des douleurs subissant dans leur acuité certains amendements, mais épuisant néanmoins la malade par leur persistance.

Le cas de Lawrason (2) nous en fournit un exemple. La malade n'a jamais eu d'accidents à début brusque. Elle a plutôt les symptômes d'une ectopie simple de la rate. Elle entre le 12 mars à l'hôpital et n'est opérée, après une série de traitements inactifs, que le 2 août.

Dans le cas d'Hartmann (3), les accidents avaient débuté brusquement le 26 mars. Deux heures après déjeuner, la malade

(1) Obs. VI.

(2) Obs. XIII.

(3) Obs. XVIII.

étant en train de se promener est prise de douleurs abdominales dont elle ne peut préciser le siège : vomissements, malaise général, qui continuent durant 2 jours et la forcent à garder le lit. Le 29, elle peut se lever, travailler, malgré ses souffrances, et les vomissements provoqués pour l'ingestion des aliments. Le ventre qui a commencé à se tuméfier dès le début, continue à grossir — Les 2 et 3 avril, elle se purge — Bref, les accidents, malgré l'atténuation momentanée qui avait suivi la brusquerie du début, continuent, s'aggravent progressivement, et forcent la malade à réclamer une intervention.

Voilà un type de la forme subaiguë. Autre exemple : l'observation de Prochownick (1). Ici, point de début brusque. La malade consulte pour des pertes continuelles. Les deux symptômes principaux sont la douleur, et une boiterie alternant à droite ou à gauche. La laparotomie est pratiquée au bout de plusieurs semaines de traitement inefficace, sans que des accidents très graves se soient produits.

Huit jours se sont écoulés, dans le cas de notre maître M. Heurtaux, entre l'arrivée de la malade et l'opération. Les accidents avaient débuté brusquement, et néanmoins, nous trouvons comme symptômes dominants la faiblesse, la pâleur, l'amaigrissement ; une fièvre à type très irrégulier.

On le voit, la distinction entre la forme aiguë et la forme subaiguë est quelque peu théorique, et certains faits, tels que celui de M. Heurtaux, confinent aux deux formes.

La forme lente ou chronique tranche au contraire nettement sur les deux autres et a pour caractère de ne pas produire d'accidents d'une gravité immédiate, forçant l'intervention.

(1) Obs. X.

Nous avons eu l'occasion de citer les principales complications dues à la torsion du pédicule de la rate. Ajoutons quelques mots sur l'hémorrhagie, la gangrène de la rate, la péritonite suppurée, et l'étranglement intestinal.

L'hémorrhagie se fait généralement dans le parenchyme splénique. Dans le cas d'Albert, on trouva cependant quelques caillots sanguins à la surface de l'organe. Les artères restant perméables, les veines ne livrant plus passage à la circulation de retour, il s'ensuit une augmentation de pression dans l'organe, qui peut produire des ruptures vasculaires. De là, les foyers hémorrhagiques rencontrés dans les observations d'Albert, Maccall, Rünge, Rokitansky et Körte (1). On le voit, sur vingt observations de torsion, cette complication ne s'est rencontrée nettement que cinq fois.

Deux fois seulement, dans les cas de Körte et de Maccall, l'hémorrhagie interne avait été soupçonnée.

Le diagnostic de cette complication n'est pas en effet toujours facile.

Les symptômes physiques de l'hémorrhagie intra-splénique : augmentation rapide du volume de l'organe devenu dur, sensible, tendu, ne diffèrent guère de ceux qui se rencontrent dans le simple engorgement sanguin de la glande.

Il ne faudrait pas, si nous nous en rapportons à l'exemple de Körte, compter non plus sur la fluctuation.

Ce qui doit mettre surtout sur la voie du diagnostic, c'est l'état général qui rappelle celui de toute hémorrhagie interne : pâleur, sueurs froides, pouls petit et rapide. Mais ces symptômes mêmes, ne se confondent-ils pas avec ceux du péritonisme qui accompagne presque toujours la torsion pédiculaire ?

Cette absence de symptômes bien nets dans l'hémorrhagie

(1) Obs. XI, XIV, III, IX.

intra-splénique ne doit guère nous étonner. Cette hémorrhagie n'est pas en effet mortelle par elle-même ; le sang s'y coagule vite, l'afflux sanguin est compromis du fait de la torsion des vaisseaux, et l'on ne peut rencontrer ici les accidents aigus, lyptothimies, syncopes, convulsions, mort rapide, survenant dans les grandes hémorrhagies internes.

Néanmoins, c'est une complication très sérieuse ; les infarctus hémorrhagiques, en comprimant le tissu splénique, favorisent sa nécrobiose ; de plus, les extravasats sanguins sont d'excellents milieux de culture, et dans le cas présent, l'infection par les germes de l'intestin n'est que favorisée par cette complication.

La gangrène de la rate relève de la même cause que l'hémorrhagie ; elle est due, comme elle, à l'absence de la circulation de retour surtout ; aussi est-ce une gangrène humide.

Ainsi, dans le cas de Gersuny où l'on trouva de grands et petits foyers nécrotiques, les artères étaient restées perméables.

Dans les deux cas de Gersuny et d'Heurtaux, cette gangrène s'était accompagnée de fièvre, ce qui indique qu'elle n'était point aseptique. Du pus fut découvert à l'ouverture de l'abdomen.

Le pronostic nous en semble très sévère, car la nécrobiose de la rate favorise le développement d'une péritonite septique.

Celle-ci était très nette en effet dans les deux cas précités, ainsi que dans celui de Coomans et de Cnaep. Un liquide puriforme a été trouvé à l'ouverture de l'abdomen dans celui d'Heurtaux ; et Gersuny nous décrit la séreuse péritonéale, comme fortement injectée en rouge sombre, dépolie, terne, comme veloutée. La fièvre dans les deux cas, avait été observée, et ce syndrome, dans l'ectopie de la rate avec torsion du pédicule, doit faire redouter selon nous l'infection de la séreuse.

Du reste, les signes de cette complication succèdent à ceux du simple péritonisme qui accompagne presque toujours la torsion du pédicule. Les vomissements deviennent plus fréquents; la douleur s'accuse davantage; le météorisme devient énorme, et surtout, la température qui était normale, s'élève à 38°, 39°, 40°.

Le pronostic est sérieux, et l'opération doit être hâtive; des adhérences existant presque toujours, on a affaire à une péritonite localisée qu'une intervention rapide est capable d'enrayer.

L'étranglement intestinal a été signalé dans les cas de Coomans et de Cnaep. La malade avait eu des vomissements stercoraux et absence complète de selles et succomba. On trouva à l'autopsie l'intestin grêle très distendu jusqu'à une distance assez rapprochée de son embouchure dans le gros intestin; il atteignait un volume bien supérieur à ce dernier. Il y avait même un point de sphacèle.

Dans l'observation de Körte, l'intestin avait été également étranglé, et l'on voyait un point de gangrène au niveau du sillon de compression.

Dans tous les cas, les éléments de diagnostic sont ceux de tout étranglement interne: aux symptômes de péritonisme, s'ajoutent les vomissements fécaloïdes et l'absence de gaz et de selles par l'anus.

On devine le fâcheux pronostic apporté par cette complication.

Nous pouvons actuellement, connaissant d'une part l'anatomie pathologique, d'autre part, la marche des symptômes et les complications de la torsion du pédicule de la rate, formuler le pronostic de cette complication.

Il est sérieux en lui-même, par les symptômes douloureux et l'état général grave auxquels il peut donner lieu; il est grave surtout par les accidents qu'il peut provoquer du côté de l'in-

testin, du péritoine, de la rate, des vaisseaux du pédicule, (gangrène, hémorrhagie).

Si nous admettons une forme chronique dans laquelle les symptômes, moins graves comme allure, correspondent à des lésions également moins graves, nous devons, même pour cette forme, réserver le pronostic.

Une malade affectée d'ectopie de la rate, accuse par instants de vives douleurs s'accompagnant d'augmentation de volume de l'organe; bientôt tout rentre dans l'ordre. Restons en défiance. Qui sait ce que cette torsion très probable, mais passagère, a pu laisser comme lésions du côté de la rate, du pédicule ou des organes voisins ? Les adhérences si souvent rencontrées dans l'ectopie simple, l'infection péritonéale ; les infarctus hémorrhagiques de l'organe ectopié, ne peuvent-ils pas être dus à ces petits traumatismes produits par une torsion du pédicule même légère, même sans persistance ?

Disons enfin que la complication qui nous occupe assombrir le pronostic même de l'ectopie de la rate.

Il suffit de se reporter à sa fréquence parmi tous les cas observés, pour en conclure que la malade qui a une rate en ectopie, est exposée sans cesse à cet accident, au même titre que le porteur d'une hernie l'est à l'étranglement herniaire.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT.

Nous passons sur le massage, la faradisation, les injections intra-spléniques, les bandages employés dans certains cas d'ectopie de la rate où la complication qui nous occupe n'était évidemment point soupçonnée.

Dans le cas de torsion du pédicule, il faut pratiquer la laparotomie ; et alors, que penser de la splénopexie récemment proposée dans les cas de déplacement de la rate ?

Cette opération, utile lorsque la rate n'a pas subi d'altérations et n'est pas hypertrophiée, nous semble ici absolument contre-indiquée.

D'abord, elle nous semble plus difficile en raison des adhérences fréquentes, de l'hypertrophie de l'organe ; elle est de plus rendue inutile par les lésions dégénératives causées par la torsion du pédicule dans le parenchyme de la rate, lésions qui viennent s'ajouter dans le cas présent à celles produites souvent par l'impaludisme.

Comme le fait remarquer Pilliet (Soc. de biologie 1895), le volume de la rate tordue sur son pédicule augmente, en raison inverse de son rôle hématopoiétique. On a donc toutes les chances possibles pour trouver dans le cas qui nous occupe, un organe parfaitement inutile.

La splénectomie nous semble le seul traitement rationnel de

la rate à pédicule tordu. C'est celui qui a été presque exclusivement employé, et le succès l'a couronné dans le plus grand nombre de cas. La mort consécutive à l'opération a été due généralement à une péritonite septique, existant probablement avant l'opération. (1)

Le cas de Gersuny nous en donne un exemple ; et de son aveu « la malade, par une opération hâtive, aussitôt après la torsion du pédicule qui s'était bien produite il y avait deux mois, aurait été sauvée. »

Dans celui de M. Heurtaux, il y avait eu manifestement de l'infection péritonéale, accusée par des élévations de température, et par le liquide purulent qui s'échappa à l'ouverture de l'abdomen.

Nous n'avons pas à nous étendre sur le manuel opératoire de la splénectomie, qui n'a rien ici de bien différent de ce qu'il doit être dans les autres cas.

Remarquons, avec Terrillon (congrès de chirurgie 1886) que les adhérences dues à la torsion du pédicule, peuvent compliquer l'opération et devenir, si elles sont anciennes, étendues, résistantes, un danger sérieux.

De plus, le pédicule sera manié avec prudence, car sa friabilité peut être extrême. Malins (2) remarqua qu'une simple détorsion menaçait de le rompre. La ligature sera donc l'objet d'un soin tout spécial.

Du reste, les dangers d'hémorrhagie par le tronçon du pédicule, favorisés peut-être dans des cas exceptionnels où la gangrène a atteint les parois vasculaires, doivent être plutôt diminués par la thrombose des vaisseaux. La torsion équivaut à une ligature. On sait qu'au contraire, dans les cas d'ectopie

(1) Obs. XII.

(2) Obs. XIX.

sans torsion, l'hémorrhagie par le pédicule peut être sérieuse.

Pour nous résumer, disons que le seul traitement à instituer dans la torsion du pédicule de la rate doit être la splénectomie ; et que cette opération, pour avoir toutes les chances de succès, doit être pratiquée d'une façon hâtive, avant que les accidents ultérieurs (gangrène, hémorrhagies, infection péritonéale) dus à la torsion aient eu le temps de se produire.

CONCLUSIONS

I. — La torsion du pédicule dans l'ectopie de la rate n'est point un fait exceptionnel. Les faits dûment constatés à l'autopsie ou au cours de la laparotomie viennent à l'appui de cette assertion.

De plus, l'existence de certains accidents soudains, douleurs vives, péritonisme, coïncidant avec une rapide augmentation de volume de la rate, dans certains cas d'ectopie de cet organe, permettent de croire, malgré l'absence de constatations anatomiques, à l'existence temporaire de cette complication.

II. — Les lésions dues à la torsion du pédicule de la rate sont actuellement bien connues ; elles consistent :

A. Dans le pédicule, en thromboses vasculaires et endartérite.

B. Dans la rate : en dégénérescence, gangrène septique ou aseptique, apoplexie, infarctus hémorragiques, ruptures.

C. Dans les organes voisins : en péritonite adhésive, péri-splénite suppurée, étranglement intestinal.

Les lésions de la rate dues à la torsion pédiculaire sont manifestement distinctes des lésions primitives de l'organe.

III. — La torsion du pédicule de la rate se révèle par un ensemble de symptômes dont les deux principaux, phéno-

mènes rapides de péritonisme et augmentation brusque du volume de la rate, forment par leur coïncidence un signe presque pathognomonique de cette complication.

IV. — Le diagnostic de torsion du pédicule dans l'ectopie de la rate n'a jamais été affirmé avant l'ouverture de l'abdomen, d'après les faits que nous connaissons. Il pourrait l'être dans certains cas où les deux symptômes précités se rencontrent, alors que le diagnostic d'ectopie de la rate est certain.

V. — Le pronostic de la torsion du pédicule de la rate est sévère :

A. Par l'état général grave qu'il provoque le plus souvent.

B. Par les complications plus graves encore auxquelles il expose (hémorrhagies — gangrène — péritonite suppurée — étranglement intestinal.)

VI. — Le seul traitement efficace à opposer à cette complication est la splénectomie qui a d'autant plus de chances de succès qu'elle est pratiquée d'une façon plus hâtive.

VU : *Le Président de la Thèse,*

GUYON.

VU : *Le Doyen,*

BROUARDEL.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

OBSERVATIONS

OBS. I. — **Rate déplacée dans la fosse iliaque droite et à pédicule tordu ; splénectomie**, de M. HEURTAUX, chirurgien des Hôpitaux de Nantes.

(*Bull. soc.-chir.* 1893).

Une jeune fille de la Vendée, âgée de 17 ans, Yvonne C..., est entrée à l'Hôtel-Dieu de Nantes le 10 août 1893, pour une tumeur du ventre.

Pas de maladie antérieure, notamment pas de fièvre intermittente ; mais il en existe dans le pays qu'elle habite.

On ne trouve dans ses antécédents ni traumatismes, ni chutes, jamais elle ne s'est livrée à des travaux exigeant des efforts musculaires.

Réglée seulement depuis un an, elle a eu d'abord quatre époques régulières, peu abondantes, un peu douloureuses. Puis pendant plusieurs mois les règles ont manqué. Il y a deux mois, au moment d'une époque, les règles sont revenues, abondantes, au point de constituer une véritable perte qui a duré huit jours ; les six premiers jours surtout elles ont été copieuses.

A la suite de cette époque, la jeune fille a pu reprendre pendant quinze jours ses occupations.

Il y a un mois, au moment où les règles auraient dû reparaitre, Yvonne C... a éprouvé une vive douleur au niveau de la fosse iliaque droite. On découvre alors dans cette région une tumeur, d'abord de petit volume, grosse comme un demi-œuf, pour employer l'expression de la mère, mais qui en quatre jours prend un assez grand développement. En même temps il y eut de la fièvre et quelques vomissements.

Depuis lors, la malade a toujours souffert et, à peu près chaque jour, elle a eu de la fièvre.

A son entrée, le 10 août, on est frappé de sa pâleur, de son amaigrissement et de sa faiblesse.

A l'examen du ventre, même sans y toucher, on voit une tumeur qui fait saillie dans la moitié droite de l'hypogastre.

Au palper, on sent une tumeur arrondie, ferme, non fluctuante, douloureuse, qui présente les limites suivantes :

En haut, elle remonte au niveau d'une ligne transversale passant par l'ombilic ; en bas, elle s'enfonce dans l'excavation pelvienne ; à droite, elle est appliquée directement sur la fosse iliaque ; à gauche, elle atteint,

et même dépasse un peu, la ligne médiane. De ce côté gauche, la tumeur a la forme d'un bord mousse, épais, au-dessous duquel il est possible d'enfoncer un peu les doigts. La mobilité de la tumeur est absolument nulle.

Ces explorations sont douloureuses, surtout à la partie moyenne de la tumeur.

A la percussion, la matité de la région malade est complète, partout ailleurs le ventre a la sonorité normale.

Le toucher vaginal fait reconnaître un col sain, de petit volume, l'utérus est médiocrement mobile. Dans le cul-de-sac antérieur et dans celui du côté droit, on sent l'extrémité inférieure de la tumeur, mais celle-ci est profonde, ne fait pas bomber les culs-de-sac.

La miction est régulière ; les garde-robes assez faciles.

On ne trouve rien du côté des autres organes.

Le pouls est faible, fréquent.

La température, dans les jours qui ont précédé l'opération, a oscillé entre 37°,2 et 38°,6 ; les élévations se faisant sentir plutôt dans la journée, quelquefois le soir, en sorte que la fièvre avait des allures irrégulières.

Plusieurs chirurgiens examinent la malade : la plupart croient à une hématocele circonscrite par des adhérences péritonéales ; l'un d'eux pense qu'il s'agit d'un hématosalpinx.

Dans les huit jours qui se sont écoulés entre l'arrivée de la malade à l'hôpital et l'opération, on a pu constater une notable augmentation de volume de la tumeur, laquelle arrive à dépasser à gauche la ligne médiane de trois travers de doigt environ. L'état général est toujours mauvais ; même pâleur, grande faiblesse, inappétence absolue.

Laparotomie pratiquée le 19 août 1893, en présence de MM. Alb. Malherbe et Edm. Vignard. — Incision médiane commençant à 2 centimètres au-dessous de l'ombilic et s'étendant jusqu'au pubis.

Le péritoine est tout à fait adhérent à la tumeur et très épaissi. Quand on le décolle de côté et d'autre, il sort du sang noirâtre et, à un moment, un peu de liquide grisâtre qui semble être du pus.

La tumeur étant découverte sur une certaine étendue, on voit une masse d'un rouge foncé et violacé, et l'on se demande si l'on est pas en présence de la rate dont la capsule reste adhérente au feuillet pariétal du péritoine. Tous les doutes cessent lorsqu'on est parvenu à décoller complètement la tumeur et à l'attirer hors du ventre. On reconnaît alors les diverses particularités que voici :

La rate, tombée dans la fosse iliaque droite, a éprouvé un mouvement de rotation de trois quarts de cercle, qui s'est effectué de gauche à droite.

L'extrémité supérieure a plongé en bas et à droite dans l'excavation pelvienne, en arrière du ligament large où elle adhère. L'extrémité inférieure de l'organe est dirigée vers l'ombilic. Le bord tranchant ou droit de la rate se trouve à gauche ; c'est celui que l'on sentait au palper abdominal et sous lequel les doigts pouvaient s'engager. Le bord épais est situé en dehors, à droite, appliqué contre la fosse iliaque droite.

Il y a donc eu une culbute de la rate avec torsion de son pédicule, la face antérieure de l'organe n'ayant pas cessé d'être tournée en avant.

Le pédicule qui contient les vaisseaux spléniques montre bien cette torsion de trois quarts de tour, effectuée de gauche à droite. Il est gros comme le pouce ; il se dirige naturellement vers la partie supérieure gauche de l'abdomen et paraît très tendu. On le lie en deux faisceaux avec du catgut et on le retient à l'aide d'un tire-balle pour s'assurer qu'il ne saigne pas après sa section. Comme il n'y a aucun suintement, on l'abandonne à lui-même et il disparaît de suite dans l'angle supérieur de la plaie.

Avant la découverte et le traitement du pédicule, on avait eu à se débarrasser d'adhérences notables. D'abord avec le péritoine pariétal qui adhérait largement à la rate et assez intimement pour que, dans une grande étendue, la capsule splénique lui soit restée adhérente ; la décortication se faisant entre le tissu de la rate et sa capsule.

L'épiploon, adhérent à la partie supérieure de la tumeur, est lié et coupé.

Deux anses d'intestin grêle adhèrent intimement à la rate : l'une à gauche, l'autre dans l'excavation pelvienne. En outre, le cœcum et son appendice sont maintenus en dehors et en arrière par quelques adhérences facilement détruites.

On peut donc dire que cette rate, à part quelques points très limités, était unie à tous les organes qui l'entouraient.

On enlève avec la curette les portions de capsule restées adhérentes au péritoine, et la cavité abdominale est lavée à l'eau salée à 6 o/o. Un gros drain en caoutchouc, plongeant dans le cul-de-sac rétro-utérin, est fixé à l'angle inférieur de la plaie.

Le ventre est fermé par la suture à étages.

Après l'opération, la malade reste faible, d'une pâleur extrême, avec tendance à la syncope. Le pouls est petit et fréquent.

Le soir de l'opération, la température monte à 38°,9. Le lendemain et le surlendemain, elle varie de 37°,6 à 38°,1.

Après quarante-huit heures, les pièces du pansement sont tachées par un liquide rosé ; on les renouvelle et on enlève le tube à drainage. Le ventre est plat, non douloureux.

La malade, très faible, agitée, ne pouvant rien prendre, succombe le 22 août au matin, trois jours après l'opération.

A l'autopsie, pratiquée vingt-quatre heures après la mort, on trouve seulement une ou deux cuillerées de sérosité purulente enkystée aux environs du cœcum. Des fausses membranes très épaisses entourent cette portion de l'intestin et les anses intestinales voisines. Nulle part ailleurs on ne trouve de trace de péritonite. Le pédicule de la rate est retrouvé à la partie supérieure gauche de l'abdomen, tout près du grand cul-de-sac de l'estomac. Ainsi, l'on ne peut expliquer le déplacement de la rate par un excès de longueur de son pédicule.

Examen de la rate. — La rate, étudiée après son ablation, présente les caractères suivants (1) :

Son poids est de 615 grammes.

La mensuration donne : longueur, 18 centimètres ; largeur, 11 centimètres ; épaisseur, 7 centimètres.

Son tiers inférieur, qui en réalité représentait le tiers supérieur de l'organe culbuté, offre à peu près son aspect normal, sauf un peu de congestion. Sa face est lisse.

Les deux tiers supérieurs, au contraire, sont altérés. Le tissu splénique montre à la coupe un tissu plus compact, mais aussi peu friable, hépatisé en quelque sorte. La capsule de cette zone manque dans une grande étendue, car elle est restée adhérente au péritoine pariétal et aux organes voisins, par suite de la péritonite qu'avait suscitée la torsion du pédiculè et sans doute aussi parce que les connexions entre la capsule et le tissu splénique avaient perdu une partie de leur résistance.

Chose singulière, il semblait y avoir une tendance à la nécrose et à l'élimination de la portion de rate enflammée, car on voit fort bien, non seulement à la surface extérieure de l'organe, mais aussi sur la coupe longitudinale de la pièce, à l'union du tiers inférieur avec ses deux supérieurs, une sorte de sillon qui tend à séparer la partie malade de celle qui était à peu près saine.

(1) D'après Debierre, à l'état normal, la rate pèse de 190 à 200 grammes et elle mesure 12 centimètres de longueur sur 8 de largeur et 9 d'épaisseur.

Observations de torsion du pédicule de la rate reconnues à l'autopsie (Thèse de Lieffring, Paris, 1894).

OBS. II. — Cas de QUIQUEREZ, (*Oesterr. Zeitschr. für prakt. Heilk.*, IX, 51, 1863.) — A l'autopsie d'une femme de 43 ans, morte de néphrite, on trouvait une rate de 1 livre un cinquième, 8 centim. de long, 8 centim. de large, 8 centim. d'épaisseur. Elle logeait par sa convexité dans l'excavation de l'os iliaque gauche tandis que sa face concave regardait en dedans et en haut. L'organe était fixé en cette position par des adhérences ligamenteuses. Le tissu splénique renfermait des cristaux d'hématoidine. L'artère splénique divisée en plusieurs ramifications était très dilatée dans toute sa longueur, sa lumière était remplie de caillots sanguins durs. Le ligament gastro-splénique long de 6 centimètres et demi était tordu (ainsi que les artères) plusieurs fois sur son axe. Le fond de l'estomac et le pancréas (externe gauche) étaient quelque peu tirés en bas.

Foie gras, dur et hypertrophié, son bord gauche se trouvait dans l'hypocondre gauche et remplissait la région splénique. Vraisemblablement le déplacement de la rate trouvait sa cause en ce que la rate était devenue une rate paludique et que le ligament gastro-splénique, rempli de tissus graisseux, s'était relâché. La torsion de la rate mobile est un phénomène constant de cette affection.

D'après Klob, elle est déterminée par le renversement de la rate en avant après la déchirure du ligament phréno-splénique. La thrombose résulte de la torsion et détermine la nécrose de la rate ainsi que le prouvent les cristaux d'hématoidine.

Au lit du malade on soupçonna l'existence d'une rate mobile par les données de la percussion et de la palpation. La matité de l'hypocondre rendait cependant le diagnostic douteux.

OBS. III. — Cas de ROKITANSKY (1) (In KÜCHENMEISTER. Ueber Wandermilz. *Ztschr. f. med. Chir. und Geburtshilfe*, Leipzig 1864, p. 323, 372, 420.) — Femme 34 ans, enceinte. Sur l'os iliaque droit relié par un pédicule tordu se trouvait la rate, présentant son hile regardant en haut et en dehors. Elle avait 6 centim. de long. 3 centim. de large.

Épaisseur, présentait plusieurs incisures calleuses. En deux points la rate présentait des dépôts calcaires; consistance molle d'ailleurs; capsule épaissie; elle adhérait en haut à l'épiploon, en bas au ligament large, au-dessus de la trompe, au péritoine recouvrait le muscle iliaque; le pédicule s'étendait de l'hypocondre gauche obliquement à la région iliaque droite. Il était formé par le pancréas formant trois tours de spirale autour

des vaisseaux spléniques, le pancréas de ce fait était tellement tiré qu'il avait une longueur de 10 centim. L'artère splénique par torsion et tiraillement était de calibre très restreint, par place impénétrable. Les veines sortant du hile et le tronc de la veine splénique était oblitérés dans une étendue de 4 centim.

OBS. III. — Cas de ROKITANSKI (II) (In KÜCHENMEISTER). — Femme, 69 ans, marastique, folle. La rate logeait à gauche à l'entrée du bassin, adhérente par des fausses membranes à l'S romanum. Elle pendait au ligament gastro-liénal, plusieurs fois tordue sur elle-même. Artère splénique tordue, à paroi mince en partie oblitérée, idem les veines. La rate avait la grosseur d'un œuf de dinde. Capsule épaisse, présentant parfois des incrustations calcaires. Le parenchyme se présentait sous un aspect jaune rougeâtre, de consistance pâteuse, rappelant l'infarctus.

OBS. IV. (résumée). — *Rate mobile. Autopsie.* KLEIN. *Münch. med. Woch.*, 29 octobre 1889, n° 44, p. 751.) — F..., 63 ans, morte d'une affection pulmonaire aiguë.

A l'autopsie, la portion pylorique de l'estomac se trouve au niveau des épines iliaques antéro-supérieures, un peu à droite de la ligne médiane, de la tête du pancréas et du bord inférieur de la grande courbure part vers le petit bassin un cordon du volume du pouce tordu une fois sur son axe vers la gauche. Ce cordon va au hile de la rate dont la convexité intérieure répond à l'espace utéro-vésical. Pas d'adhérence de la rate avec les organes du bassin. L'estomac et le côlon transverse sont de même abaissés. La rate déplacée pesait 340 grammes.

OBS. V. — Cas de BABESI. *Allgem. Wien. med. Zeitung.*, 1879, t. 22, p. 347 (« *In deutsche Chirurgie* » n° 45, 1890. Ledderhose). — La rate se trouvait pour la plus grande partie dans la région inguinale gauche et s'étendait du côté droit jusqu'au petit bassin. Elle était adhérente de tous les côtés sauf dans une partie large comme un écu correspondant au milieu de sa surface inférieure. Elle formait une cavité fermée constituée avec le cul-de-sac de Douglas et remplie de pus putride. Le ligament gastro-splénique était tordu trois fois autour de son axe longitudinal; l'artère et les veines se trouvaient, en partie, oblitérées. Le parenchyme de la rate était transformé en une masse gris rougeâtre putride dans laquelle nageait les débris de la pulpe dégénérée. Entre le ligament gastro-splénique tendu et la colonne vertébrale existait une fente dans laquelle s'était étranglée une anse intestinale. Il y avait de la péritonite.

**Observations de torsion du pédicule de la rate. —
Histoire clinique sans laparotomie** (Thèse de Lieffring,
Paris, 1894).

OBS. VI. — Cas de HELM et KLOB. (*Wiener Wochenbl.*, 37, 1856.) — Femme de 21 ans, ayant eu il y a deux ans une fièvre intermittente de plusieurs mois; malade depuis, elle présenta des crises abdominales douloureuses de deux ou trois jours de durée, cédant aux calmants.

Le 7 mars, douleurs nouvelles très violentes dans la partie gauche du ventre, accompagnées de fièvre et de vomissements; cause de son entrée à l'hôpital: violentes douleurs faciales. Respiration et parole difficiles et pénibles. Ventre assez développé. Entre les côtes et l'os iliaque on sent une tumeur dure, sensible à la moindre pression, de la grosseur d'une tête d'enfant, fortement appliquée à la paroi abdominale.

Vomissements persistants. Région splénique sonore. Mort le même soir dans des souffrances atroces.

AUTOPSIE. — Abdomen rempli de gaz et de sérosité épaisse, de couleur chocolat d'environ 18 livres. Le foie repoussé en haut. La rate à la grosseur quadruple de son volume, dense, dure, de couleur ardoisée, capsule épaissie, ridée, reposant sur la face interne de l'os iliaque gauche. Le hile regardant en haut, suspendu à un pédicule formé par les vaisseaux spléniques, le tissu cellulaire ambiant, le pancréas et les ligaments pancréatico-spléniques.

La rate fait deux fois le tour sur son axe et le pancréas s'enroule en spirale sur le pédicule étreint par ce fait. Les veines sont gorgées. L'estomac se trouve dans l'hypocondre gauche, la grande courbure dirigée en haut et la face postérieure regardant en avant. La dernière portion du duodénum est comprimé par le pancréas contre les vertèbres et rétrécie de ce fait. L'estomac présente l'aspect d'un rouge brun sombre, gélatiniforme.

Dans le grand cul-de-sac, dégénérescence complète dans l'étendue d'une paume de main.

OBS. VII. — *Déplacement de la rate.* MM. COOMANS et DE CNAEP. (*Annales des sociétés d'Anvers*, 1869, p. 364) — A. S..., ménagère, âgée de 40 ans, célibataire. A souffert souvent de la fièvre intermittente. Depuis plusieurs années, elle aurait une hernie inguinale du côté droit; mais les renseignements qu'elle fournit sont vagues, souvent contradictoires, et ne méritent guère de confiance.

Les selles ayant été depuis quelques jours rares et difficiles, elle ressent, le 15 mars 1869, une douleur forte vive, avec élanement dans la région

de l'aine droite ; bientôt surviennent des nausées et des vomissements très liquides, jaunâtres, à odeur stercorale. Un médecin fait le taxis sur la prétendue hernie, et, au dire de la malade, réussit à la faire rentrer. Le lendemain, 6 mars, la malade est envoyée à l'hôpital. Une heure avant son arrivée, elle a encore eu un vomissement stercoral.

Voici son état lors de son entrée : les traits sont décomposés ; la bouche est sale et exhale une odeur fétide. Le pouls est faible et intermittent ; tout le corps est froid. Elle a le sentiment d'une faiblesse extrême et accuse une douleur vive dans la fosse iliaque. L'anneau inguinal dilaté est libre. Au niveau de la fosse iliaque droite on constate une tumeur dure, bien circonscrite, grosse comme le poing, si peu fixe qu'elle se meut avec la masse intestinale. La pression sur la tumeur n'augmente pas la douleur.

A l'aine, on découvre une petite tumeur élastique, peu mobile et qui passe pour un ganglion engorgé. Le ventre est ballonné ; on voit se dessiner le contour des intestins ; il y a douleur à la pression. On administre des boissons abondantes, onctions mercurielles belladonnées, cataplasmes sur le ventre.

Le 17, la malade présente les mêmes symptômes, on continue le traitement précédemment indiqué, on fait en outre appliquer les sangsues sur la tumeur, calomel à l'intérieur, potions huileuses, lavements émolients et lavements d'infusion de tabac. La constipation se maintient opiniâtre.

Du 18 au 22, les vomissements fétides persistent. Fièvre modérée le matin, avec exacerbation dans la soirée. La tumeur iliaque persiste sans changer de caractère.

Le 22 on y applique un cautère au caustique de Vienne. L'exploration du fond du cautère ne fait rien découvrir qui puisse éclairer le diagnostic.

Du 23 au 30 mars, la malade n'ayant pas eu de selle malgré l'administration réitérée d'agents purgatifs et continuant à présenter des vomissements stercoraux, s'affaiblit considérablement ; la fièvre hectique achève de l'épuiser. La tumeur reste la même et, malgré bien des efforts, on ne parvint ni à reconnaître sa nature, ni à fixer son siège. La femme succombe le 4 avril.

AUTOPSIE. — A l'ouverture du ventre, on constate des adhérences celluluses lâches, unissant l'épiploon et les intestins entre eux. Dans beaucoup d'endroits, et surtout dans le voisinage du cœcum, des flocons du pus crémeux et épaissi sont déposés sur l'enveloppe séreuse. Dans la fosse iliaque droite, au niveau de la tumeur qui proéminait à l'extérieur, on remarque un corps arrondi du volume d'environ deux poings réunis, à surface lisse, d'aspect glandulaire, recouvert d'une enveloppe fibreuse. Des adhérences pseudo-membraneuses fixent le corps à la paroi abdominale en avant, et dans tout le reste de son pourtour aux intestins qui

l'avoisinent. Les attaches sont assez fortes surtout à la face postérieure. L'incision fait apparaître le contenu, dans lequel on reconnaît la boue de la rate un peu plus molle qu'à l'état normal, et d'une coloration plus foncée, brune noirâtre. La forme aussi fait reconnaître l'organe. Mais son volume est au moins double de celle d'une rate ordinaire, ce qui trouve son explication dans les atteintes antérieures de fièvre intermittente et peut-être aussi dans la compression que subissent les veines spléniques. Celles-ci sont réunies avec l'artère dans un cordon assez épais se dirigeant obliquement entre les anses intestinales vers l'hypocondre gauche. Détachant la tumeur de la paroi abdominale, on constate, sur la face antérieure au niveau de l'orifice formé par le cautère, une ouverture dans l'enveloppe de l'organe au travers de laquelle apparaît le contenu de celui-ci. Du hile part le cordon déjà mentionné contenant les vaisseaux spléniques qu'on peut poursuivre jusque dans l'hypocondre gauche, où leurs troncs prennent leur origine normale. Ce cordon, de l'épaisseur du petit doigt, est plutôt relâché que tendu, il est contourné plusieurs fois sur lui-même.

Cette faible tension et la forte épaisseur du cordon prouvent que si la rate n'a pas toujours occupé l'endroit où on la trouve, le déplacement du moins dure depuis longtemps. L'estomac et presque tout l'intestin grêle jusque près du cœcum, contiennent une quantité considérable de liquide jaune, trouble, très fétide. L'intestin grêle est énormément distendu jusqu'à une distance assez rapprochée de son embouchure dans le gros intestin, il atteint un volume bien supérieur à ce dernier. En plusieurs endroits il présente une coloration noirâtre grise ardoisée surtout vers la portion terminale où il passe derrière la rate. Ayant déplacé celle-ci avant l'examen du tube intestinal, nous n'avons plus pu constater si par son enclavement dans le flanc droit, elle n'a pas exercé sur l'intestin passant derrière elle une compression assez forte pour empêcher le passage des matières ; toujours est-il que c'est à l'endroit correspondant que se termine cette forte dilatation et que se remarquent surtout ces adhérences du tissu cellulaire noirâtre.

Le gros intestin a conservé son volume normal. Le cœcum renferme encore quelques matières fécales assez consistantes contrastant fort avec le contenu très fluide de l'intestin grêle. L'anneau inguinal postérieur ne présente rien de particulier, on n'y découvre pas de traces d'une hernie qui aurait préexisté.

OBS. VIII (résumé). — *Rate énorme mobile. Torsion du pédicule. Mort. Pas d'intervention.* KING. (*Medical Record*, New-York, 1876, t. XI, p. 347).
— Femme de 31 ans, habitant un quartier paludéen de New-York. Il y a

dix ans, elle a souffert de fièvres palustres avec anarsaque et ascite d'une durée de neuf mois. Il y a six ans, elle réaccouche d'un enfant qui meurt au bout de deux mois avec une tuméfaction de la rate. Quelque temps après elle perd de la même manière un autre enfant. Il y a trois années et demie elle accouche normalement de son septième enfant. Rien de particulier à ce moment, mais trois mois après elle est prise de douleurs vives dans la région splénique et constate la présence d'une tumeur qu'elle compare à une tasse à thé. On pense à une affection de la rate. Cette tumeur se développe en bas et à droite, affectant une forme variable, tantôt ronde, tantôt ellipsoïde, tombant vers la droite lorsqu'elle se tourne de ce côté. On la traite à Chicago pour une tumeur utérine. Au moment des règles, la tumeur augmente de volume pour diminuer ensuite. Depuis trois mois elle s'affaiblit, souffre de douleurs dans l'hypocondre droit, tant qu'elle est obligée de garder le lit.

Le 24 septembre 1875, elle entre à l'hôpital du Mont-Sinaï. Elle a, à ce moment des selles sanguinolentes (c'est une hémorroïdaire), de l'amaigrissement, de l'affaiblissement, des sueurs nocturnes et de la fièvre. De temps à autre, elle a des épitaxis. On pense à un lymphadénome de l'épiploon.

La tumeur a le volume d'un utérus à terme; elle est dure, élastique, mate, parfaitement mobile, présente au milieu de son bord supérieur une encoche profonde et en bas une forme arrondie. L'utérus est mobile, indépendant de la tumeur. Les membres inférieures sont oedématisés. Pas de cylindres urinaires, mais un peu d'albumine. Les avis sont partagés entre un adénosarcome de l'ovaire gauche et une rate augmentée de volume.

Le 3 décembre, nouvelle consultation. La tumeur a la forme d'un croissant à concavité en haut et à gauche, à convexité en bas et à droite. Son bord inférieur présente deux incisures qui rappellent celles du foie. Pas de matité splénique dans l'hypocondre. Pas de leucocythémie.

Le 18, la malade est très affaiblie par suite d'épitaxis répétées. Elle meurt le 27.

A l'autopsie, on trouve une rate énorme et tordue, le hile est en haut et à gauche. La surface de l'organe est lisse, sa consistance solide, son poids d'environ douze livres. Le foie est granuleux. Il y a dans l'abdomen un peu de liquide ascitique.

Obs. IX. — W. KÖRTE. Présentation d'une pièce de rate ectopique à la « Réunion libre des chirurgiens de Berlin, séance du 13 mars 1892. (*Berlin. Klin. Woch.*, 1893, p. 902). — Je vous présente une pièce d'autopsie, une rate mobile dont le pédicule s'est tordu et a occasionné un iléus en comprimant sous lui une anse intestinale.

Voici brièvement l'histoire clinique du cas : Une femme de 32 ans remarquait déjà depuis quelques années une tumeur flottante dans la partie gauche de l'abdomen. Examinée par différents gynécologues elle fut traitée pour une rétroflexion utérine, et sa tumeur fut toujours considérée comme un rein mobile gauche.

A la suite d'un nouvel examen gynécologique et de l'application d'un pessaire elle tomba malade le 22 février 1892, ressentant de violentes douleurs dans le ventre. Les collègues s'assurèrent que le pessaire était bien en place et que l'utérus n'était nullement en cause ; par la même occasion on imprima différents déplacements à la tumeur, on la repoussa avec certaine force en bas sans cependant déterminer de douleurs pendant toutes ces manipulations. La nuit suivante survinrent des douleurs insupportables qui nécessitèrent de fortes doses de morphine.

Du 25 au 26, la tumeur, antérieurement de la grosseur d'un petit poing, augmenta considérablement de volume. Le 27 février je vis la malade. Elle était pâle, le pouls était rapide. L'abdomen ballonné, on avait l'impression d'une hémorrhagie interne.

La sécrétion urinaire se trouvait très diminuée, circonstance qui fortifia le confrère, étant déjà donné le diagnostic antérieur « Rein mobile », dans l'idée d'une hydronéphrose.

A l'examen je trouvais dans le côté gauche une tumeur qui s'étendait vers la ligne médiane jusqu'à la ligne blanche, en dehors jusqu'à la ligne axillaire, en bas jusqu'à l'entrée du bassin, en haut jusqu'au rebord costal. Elle était très sensible, dure, ne présentait point de fluctuation.

Derrière la tumeur vers les lombes, je constatais encore la sonorité intestinale, de sorte que, même avant la ponction, j'excluais toute idée de tumeur rénale !

Je fis cependant une ponction et ne ramenai que du sang. Il ne s'agissait donc nullement d'hydronéphrose. Il était impossible de faire un diagnostic certain ; je pensais qu'il s'agissait peut-être d'un kyste du mésentère ou d'un kyste de l'épiploon, dans lequel se serait fait une hémorrhagie expliquant l'état grave de la maladie.

La sécrétion urinaire, je ferai remarquer, bientôt après se rétablit assez abondante. La malade se remet un peu. La tumeur devint plus dure, plus ferme, si bien que nous crûmes qu'il s'agissait d'un extravasat sanguin en voie de résorption. Le 5 mars seulement survinrent les éructations et bien vite après les symptômes péritonitiques. On fit alors des lavages intestinaux, on place une canule élevée dans le rectum par laquelle s'évacuèrent gaz et matières. Tout d'abord la malade éprouva du soulagement mais qui ne fut que passager. Les intestins se ballonnèrent d'une façon considérable et la malade mourut le 8 mars de péritonite et de collapsus.

L'autopsie révéla des particularités des plus intéressantes. Tout d'abord il existait une péritonite manifeste avec exsudat putride en abondance comme on s'y attendait d'après les symptômes. La tumeur qui avait quelque peu diminué pendant le traitement était la rate que je vous présente. Elle s'était tordue sur son axe de deux tours et demi, de sorte que le pédicule était absolument tordu. Les vaisseaux du pédicule sont durs au toucher.

A la coupe on voit tous les vaisseaux du pédicule thrombosés. La rate était fixée à sa place par des adhérences solides situées en haut et en bas à droite. Au-dessous de l'extrémité supérieure de la rate entre les adhérences et le pédicule tordu se trouvait une anse intestinale fortement étranglée présentant déjà un point de gangrène au niveau du sillon de compression. De là venait la péritonite.

Ce cas est très intéressant. Jusqu'ici on n'en a observé que deux semblables, où une rate mobile se soit tordue sur son axe, où un infarctus hémorrhagique de l'organe soit survenu et où l'intestin ait été étranglé au point d'amener un ileus.

Observation de torsion du pédicule de la rate. — Histoire clinique suivie de laparotomie.

OBS. X résumée. — *Rate mobile. Torsion du pédicule. Splénectomie. Guérison.* PROCHOWNICK. Deutsh. méd. Woch. 1885 p. 479. (Thèse de Lieffring. Paris, 1894).

Femme de 41 ans, vient consulter pour des pertes rouges continuelles. 15 accouchements et 4 avortements, le dernier le 20 novembre 1884. Déjà longtemps avant la dernière grossesse, la malade éprouvait de la lourdeur dans le ventre et une tension douloureuse à la base du thorax; parfois même, les douleurs étaient telles qu'elles amenaient de la boiterie, tantôt à droite, tantôt à gauche.

Dilatation, curetage et lavage de l'utérus. Pendant l'anesthésie, on constate la présence d'une tumeur, indépendante de l'utérus, mobile et peu sensible. Sa forme, l'absence de matité splénique, la présence des reins dans leur situation normale, font penser à une rate mobile. Pendant plusieurs semaines, on essaie de calmer la douleur et de faire cesser les troubles de la marche. Ceux-ci se montrent soit dans le membre droit, soit dans le membre gauche, suivant que la rate se déplace de l'un ou de l'autre côté, spontanément ou parce qu'on l'y refoule. Tous les bandages, pelotes ou pessaires ne provoquent aucun soulagement.

Laparotomie. — La rate hypertrophiée mesure 21 centimètres sur 15 ; son pédicule, très large et assez long, est tordu sur son axe d'un demi-tour. On la dégage de la partie droite de l'excavation. Après détorsion, son pédicule se raccourcit fortement et diminue de moitié par suite de son élasticité. Une première ligature en masse est placée, puis chacun des vaisseaux est lié séparément. Réduction du pédicule. Guérison. La malade reprend ses forces, des couleurs, rajeunit au point qu'elle est méconnaissable, sa démarche est facile et elle n'éprouve plus la moindre pesanteur.

OBS. XI résumée. — *Rate mobile. Torsion du pédicule. Réaction péritonitique. Splénectomie. Guérison.* (ALBERT) Verhändl d. Ges. f. chir. 1885 T. XIV p. 63. (Thèse de Lieffring. Paris, 1894).

Femme, 34 ans, entrée dans la clinique d'Albert le 18 février, dans un état d'anémie très prononcé. Pendant sa jeunesse, fièvres intermittentes. A 23 ans, grossesse à terme ; depuis cette époque, les règles sont irrégulières. Elles sont venues pour la dernière fois extrêmement abondantes, le 1^{er} février.

Cette malade raconte que depuis un an elle porte dans l'hypocondre gauche une tumeur du volume d'un œuf de poule, douloureuse pendant la marche et la station debout. Une pression exercée à ce niveau aurait déterminé des nausées et des vomissements de matière noire. Pendant un an, cette tumeur ne subit aucune modification. Le 15 février, après avoir dansé de 8 h à 1 h. du matin, sans être lacée, ni corsetée, elle fut prise de nausées, et rentrée chez elle, se mit à avoir des vomissements noirs. Elle remarque à ce moment que la tumeur est située plus bas et plus à droite qu'auparavant. L'abdomen est tuméfié et devient douloureux.

A l'entrée à l'hôpital : malade très pâle, anémiée, 160,000 globules rouges et 26,000 leucocytes par millimètre cube ; douleurs abdominales, nausées et vomissements continuels. 38°,9. Le ventre est tuméfié ; au palper, on trouve une douleur abdominale occupant l'hypocondre droit, l'épigastre, descendant jusqu'au voisinage du pubis gauche, obliquement dirigée par conséquent en bas et à gauche. Cette tumeur est un peu douloureuse, mate, un peu mobilisable mais douloureusement, immobile pendant les mouvements respiratoires. Elle est lisse et séparée de la paroi antérieure par une mince couche de liquide.

8 mars. Incision médiane du nombril au pubis. Après écoulement de 1 litre 1/2 de liquide ascitique, on voit la tumeur de couleur bleu violacé, présentant à sa surface quelques caillots sanguins et sur ses bords quelques molles adhérences qui la relient à la paroi. Quelques adhérences analogues en arrière avec l'intestin et l'épiploon.

Il est facile de voir qu'il s'agit d'une rate hypertrophiée et ectopiée. Une deuxième incision perpendiculaire à la première est dirigée transversalement de l'ombilic vers la droite. Le pédicule, qui a le volume de deux doigts, s'insère sur le milieu de la face postérieure de la tumeur. Il est enserré en deux points, au niveau du hile et 6 centimètres plus loin par des bandes conjonctives formées par le bord droit de l'épiploon et par la queue du pancréas que fixent des fausses membranes. Ce pédicule est détordu de 180° par un mouvement de rotation de droite à gauche et de bas en haut. Il est sectionné entre 2 ligatures en masse. Toilette du péritoine. Suture. Guérison. Poids : 2700 gr. ; 21 centimètres de long, 17 centimètres de large. Parenchyme noirâtre. Le microscope démontra qu'il s'agissait d'un infarctus splénique.

OBS. XII. — Ueber die Indicationen zur Laparotomie Wegen acuter Processe. Dr GERSUNY. *Wiener mediz. Presse*, 1888, p 52. (Thèse de Lieffring, Paris, 1894).

Il y a deux ans, une étrangère de 37 ans vint me trouver pour se faire opérer d'un kyste de l'ovaire. Elle était pâle et de mauvais aspect et racontait qu'après son seul accouchement, il y a quatre ans, elle avait remarqué une tumeur dure qui, à droite, se trouvait à la hauteur de l'entrée du bassin et paraissait en sortir. Après une année, elle remarqua une chute de l'utérus, qui, petit à petit, arrive au prolapsus complet, tandis que la tumeur abdominale augmentait lentement, sans déterminer de douleurs. Depuis deux ans, les choses avaient changé de face. Le ventre prit subitement du développement, la tumeur augmenta rapidement, changeait facilement de place et déterminait des douleurs. La malade avait de la fièvre, de la dyspnée et dépérissait dans ses forces et dans sa nutrition. Je trouvai dans l'abdomen développé de la malade, une tumeur dure, grosse comme une tête, flottante dans du liquide ascitique, tumeur dont je ne pouvais déterminer l'origine. D'après les anamnétiques, je crus à une tumeur ovarienne pour laquelle cependant l'examen ne donnait pas d'autre certitude ; une indisposition personnelle me fit retarder l'opération de quelques jours, lorsque la malade eut de la fièvre et de violentes douleurs. Au cours de l'intervention, après évacuation de six litres environ d'ascite, je trouvai la séreuse intestinale fortement injectée en rouge sombre, dépolie et terne, comme veloutée. Je reconnus alors immédiatement qu'il s'agissait d'une rate très hypertrophiée, qui, après libération de quelques adhérences lâches intestinales et épiploïques, fut enlevée par section du pédicule après pincement préalable de ce dernier.

Ce pédicule long avait fait deux tours de spire et contenait de très

grosses veines thrombosées pour la plupart. Ces artères étaient perméables : la rate pesait 2.508 gr., contenait un très grand nombre de grands et de petits foyers nécrotiques. La malade supporta bien l'opération, quoique très sanglante, elle continua cependant à avoir un peu de fièvre ; petit à petit survint le météorisme, le ventre devint douloureux ; vomissements, mort par péritonite qui existait déjà avant l'opération et qui continua pendant un mois après l'opération. La malade, par une opération hâtive aussitôt après la torsion du pédicule, qui s'était bien produite il y avait deux mois, aurait été sauvée ; j'ai le regret d'avoir quelque peu tardé ; peut-être ce retard a-t-il déterminé la terminaison fatale.

OBS. XIII. — *Rate mobile Pédicule tordu, Ablation. Guérison*, LAWRAISON, New-Orléans, med. and. surg. Journ. 1888-1889. T. XVI, p. 354. (Thèse de Lieftring. Paris, 1894).

Femme de 31 ans, mariée depuis 16 ans, ayant eu 6 enfants dont le plus jeune a 3 ans. Jamais de fausse couche. Bonne santé habituelle, sauf des métrorrhagies, une il y a 6 ans, plusieurs autres 10 mois plus tard.

Il y a 4 ans, habitant un pays paludique, elle commença à souffrir de fièvres chaque année.

Il y a 2 ans, époque où son médecin lui dit qu'elle avait une tumeur paludique, elle commença à souffrir de fortes douleurs dans le dos, les côtés et le bassin. Ces douleurs, imputées à l'utérus, étaient périodiques et lancinantes. La santé générale s'altéra rapidement, les règles devinrent abondantes et douloureuses ; l'appétit disparut, il survint de la céphalalgie avec nausées et insomnie.

A son entrée, le 12 mars 1888, la malade qui avait la mine d'une personne atteinte de cachexie palustre, se plaignait de douleurs pelviennes, surtout marquées dans le côté gauche. Les règles étaient régulières, mais abondantes, et d'une durée de 6 à 8 jours, précédées et accompagnées de douleurs. La station debout et la marche étaient pénibles. Plusieurs médecins firent à ce moment le diagnostic de fibrome utérin.

Je trouvai un utérus très augmenté, en retroversion, le col hypertrophié était décliné et dur. L'utérus avait à peu près le volume d'une tête d'enfant, remontait jusqu'à l'ombilic, était dur, sensible et parfaitement mobile. Sa cavité mesurait 4 pouces.

Je confirmai le diagnostic de fibrome et l'on eut recours à l'électricité, appliquant un pôle dans l'utérus et faisant des séances de 8 minutes avec un courant de 75 milliampères. A chaque séance, la malade accusait des douleurs pelviennes internes et était obligée de garder le lit pendant quelques heures.

Au bout de 5 semaines de ce traitement, l'utérus avait considérablement diminué de volume et la menstruation redevenue normale.

Le 13 Mai, à la suite d'une course dans la salle, la malade fut prise d'une douleur lancinante et intolérable dans le côté gauche, douleur qu'on ne put calmer que par l'alitement et la morphine.

Le 14, je trouvai à gauche de la ligne blanche une tumeur ayant l'aspect d'une rate hypertrophiée, complètement distincte de l'utérus, très mobile, pouvant se réduire au-dessous des côtes gauches. On cessa le traitement électrique, et l'on donna, à cause de la périodicité des douleurs, de la quinine à haute dose.

Un mois plus tard, le 15 Juin, les douleurs étant plus continues, on fit 2 fois par jour dans la rate des injections interstitielles de strychnine et de codéine. Aucune amélioration.

Le 2 août, laparotomie : Incision de 7 pouces dont un au-dessus de l'ombilic. La rate apparaît immédiatement ; son pédicule, long de 8 pouces, est tordu. Par suite de ce fait, la circulation en retour est interrompue et les veines énormes atteignent la grosseur de l'intestin. Section du pédicule entre deux ligatures, puis ligature séparée de chaque veine et chaque artère. Guérison.

La rate pesait 54 onces $1/2$; elle avait 12 pouces $1/2$ de long, 7 de large, 4 d'épaisseur. Une fois dégagée du sang qu'elle contenait, elle avait son volume normal et présentait au microscope une structure également normale.

OBS. XIV. — Splénectomie.

MACCALL cite un cas de splénectomie (*British Med. Journal* 12 juillet 1889) dans lequel un examen très attentif avant et après l'ablation de la rate, ne montra rien d'anormal dans la constitution du sang. La malade accusait des antécédents de malaria ; la tumeur apparut pour la première fois dans la région ovarienne gauche et avait environ la grosseur du poing. Un an après, la femme ayant donné le jour à un enfant dans l'intervalle, et ayant été très affaiblie par un abcès du sein, on trouva la tumeur devant l'utérus, s'étendant depuis le pubis jusqu'à l'ombilic, et mesurant au moins 9 pouces en travers. Elle était légèrement mobile et indépendante de l'utérus. La malade fut confiée à M. Spencer Wells, qui diagnostiqua une rate hypertrophiée en ectopie.

Dans le cours d'un autre mois, il y avait eu une subite et rapide augmentation de volume de la tumeur, suivie d'une attaque de péritonisme. Les symptômes fonctionnels concomitants firent penser qu'il y avait eu une hémorrhagie dans la capsule de la rate.

L'inflammation péritonéale persista, mais le ballonnement était si considérable, la dyspnée, la douleur, les vomissements si fatigants pour la malade, qu'on se résolut à une ponction et 10 pintes d'une liquide épais, rouge brun, furent aspirées. La réaccumulation fut très rapide ; et étant le mauvais état général de la malade, Sir Spencer Wells procéda à une opération en règle.

Pendant l'opération, la paroi kystique fut perforée et environ 8 pintes de liquide semblable à celui qui avait été retiré, s'échappèrent. La partie solide de la tumeur, formée par le tissu de la rate hypertrophiée, pesait 4 livres.

Il y avait de larges adhérences, si solides en un point qu'une portion de la paroi kystique ne put être enlevée. On ne se servit pas de tube de drainage ; la plaie étant enfin fermée par des sutures de soie qui comprenaient la paroi du kyste, le péritoine et les téguments.

Température 100 F, le jour suivant. Normale ensuite. Au bout de 7 jours, il y eut une décharge purulente, assez violente, qui s'échappa avec force et en quantité assez considérable, en faisant sauter un joint de suture. Cet accident fut suivi de vomissements incoercibles et prolongés, qui ne cédèrent qu'à une alimentation par le rectum. Cette complication passée, la convalescence fut normale.

L'examen du sang le matin de l'opération, démontra qu'il était normal.

OBS. XV. — *A case of splenectomy*, (opérateur PENROSE.) Brit. med. Journal. Supplément du 4 août 1890, p. 2. — Le Dr Hoffiard FUSSEL, de Philadelphie, rapporte (University medical Magazine. Juillet 1890) un cas de splénectomie chez une femme de 50 ans.

Elle avait souffert pendant un an, d'un sentiment de tiraillement fatigant, pénible, dans le côté gauche ; après un bon repas, elle eut des douleurs abdominales avec vomissements et diarrhée. Une tumeur fut découverte dans le flanc gauche, occupant la majeure partie du pelvis. L'opération fut décidée, mais un délai de 48 heures était nécessaire avant d'opérer. La laparotomie fut enfin faite par le Dr Penrose (C) qui trouva que la tumeur était une rate déplacée dont le pédicule était tordu, ce qui avait causé la rupture de l'organe. Le pédicule fut lié à la soie et la rate enlevée. La cavité abdominale fut lavée à l'eau tiède, puis épongée et la plaie abdominale recousue. Tube de drainage en verre ; après avoir été bien pendant quelque temps, la malade tomba le soir dans un état de stupeur, jusqu'à 1 heure de l'après-midi du jour suivant, moment où la malade demanda à boire ; de suite après elle fut saisie d'une convulsion générale classique et mourut.

La rate avait quatre fois son volume normal ; elle était plutôt molle et se trouvait déchirée au niveau du hile ; le pédicule était en bon état. Il n'y avait pas eu d'hémorrhagie ; il n'existait qu'un caillot du volume d'une noix au-dessus de la ligature.

L'urine n'avait pas été examinée par malentendu, mais les reins étaient apparemment en bon état. Le Dr Fussell pense que le résultat aurait été tout différent s'il n'y avait pas eu de retard à l'opération.

Il donne un tableau de 105 cas de splénectomie dont les guérisons sont de 57 p. 100.

Obs. XVI résumée, d'après Lieffring (Thèse de Paris, 1894). — *Rate mobile. Laparotomie. Reposition en situation normale. Insuccès. Splénopexie impossible. Ablation. Guérison.* GLASCOW. *Trans. of the Amer. assoc. of obst. and gyn.*, Philad., 1891, t. VIII, p. 238.

Femme, 23 ans Bonne santé antérieure ; en décembre a commencé à perdre l'appétit, à souffrir dans le côté droit au niveau de la région scapulaire ; une semaine après, douleurs névralgiques. Etat nerveux très prononcé, les jambes tremblent dès qu'elle se tient debout ; dyspnée et anorexie.

Le 22 avril, examen après éthérisation ; dans le bassin se trouve une masse qui refoule l'utérus à droite et en avant. Cette masse est très irrégulièrement lobulée et dure comme un fibrome. Elle n'a pas de connexion intime avec l'utérus. Il existe entre celui-ci et la tumeur un espace appréciable, mais cependant il semble que les deux soient reliés par le ligament large. La tumeur a le volume d'une grosse orange et ne peut être refoulée en dehors du bassin. Diagnostic : fibrome de l'ovaire.

Le 22 mai, après échec du traitement électrique, cœliotomie. On trouve une rate enclavée dans l'excavation, reliée à l'épigastre par un large pédicule. Assez péniblement on la désenclave et on la replace dans l'hypocondre gauche, espérant qu'une inflammation adhésive consécutive à l'opération va contribuer à la fixer en situation normale.

Le 3 juin, la malade dit que depuis la veille, elle éprouve des sensations identiques à celles qu'elle avait autrefois. Elle est énervée et éprouve des douleurs dans le dos. On constate que la rate est retombée dans l'excavation. Plaçant la malade dans la position gèno-pectorale on dégage la rate de l'excavation. Mais les jours suivants elle y retombe ; aussi se résout-on à la fixer à la paroi abdominale et à déterminer, par un tamponnement iodoformé, la production d'une cicatrice épaisse et solide. Dans ce but, on fait à un pouce du rebord costal une incision longue de trois pouces et l'on amène la rate dans la plaie. Le pédicule est tordu une fois ; soutenant la rate avec une lanière de gaze, on renonce après examen à la

fixer, la friabilité de sa capsule semblant s'y opposer. Splénectomie après ligature du pédicule en six nœuds. Réduction du pédicule cautérisé Guérison. La rate était triplée de volume.

Quatre mois après, la malade continue à aller très bien.

OBS. XVII, résumée, d'après Lieffring. (Thèse de Paris, 1894). — *Rate mobile. Torsion du pédicule. Cœliotomie. Reposition de la rate. Quelque temps après, nouvelle torsion du pédicule. Splénectomie. Guérison.* BLAND SUTTON. *British medical Journal*, 1892. T. II. p. 1334.

Femme de 22 ans, mère d'un enfant, portant depuis un certain temps une tuméfaction de la 1/2 gauche du ventre. En mars elle est prise d'une crise violente de douleurs dans la tumeur, avec vomissements et diarrhée. A son entrée à Middlesex hôpital, tumeur très mobile ressemblant à une hydronéphrose dans un rein flottant ; on hésite entre un kyste hydatique de l'épiploon et une rate mobile.

Le 21 mars, incision exploratrice qui montre une rate mobile à pédicule tordu. On détord le pédicule et la rate reprend immédiatement d'elle-même sa place dans l'hypocondre gauche. Les douleurs cessent et la malade quitte l'hôpital six semaines après, munie d'une ceinture.

Le 7 juillet elle revient, la tumeur a reparu, la malade a été reprise subitement de douleurs abdominales aiguës avec vomissements, diarrhée, hémorrhagie par le vagin. Le 9 juillet on trouve la rate dans la fosse iliaque droite, au devant du cœcum ; le 10, elle est dans la fosse iliaque gauche au contact du ligament de Poupart ; le 12 elle est dans l'excavation, son extrémité inférieure en contact avec l'utérus.

Le 12 juillet, splénectomie après incision de l'ombilic au pubis. Le pédicule est tordu, faisant 3 révolutions complètes, ses veines sont gonflées ; son volume est celui d'un énorme cordon ombilical. On le transperce et l'on y place deux ligatures entrecroisées avec de la grosse soie ; pour plus de sécurité, une troisième ligature en masse est placée sur les deux premières. Guérison.

La rate pesait 16 onces et son tissu était normal.

En mai 1894, la malade est revue. Elle est en parfaite santé. Globules rouges : 5.540.000 blancs 2/1000 rouges. Hémoglobine 70 p. 100. (Communication écrite.)

OBS. XVIII. (Thèse de Lieffring. Paris, 1894). — *Rate hypertrophie mobile. Torsion du pédicule. Péritonite aiguë généralisée. Splénectomie. Guérison*, par HENRI HARTMANN.

J. B., 18 ans, entre le 8 avril 1893, à l'hôpital Bichat, dans le service de

notre maître, le professeur Terrier, pour des accidents de péritonite aiguë.

Ceux-ci avaient débuté brusquement le 26 mars, dans l'après-midi. Deux heures après son déjeuner, étant en train de se promener, elle fut prise de douleurs abdominales, dont elle ne peut nettement préciser le siège. Ces douleurs s'accompagnèrent de vomissements et d'un état de malaise tel, qu'elle fut obligée d'entrer dans une pharmacie. Transportée chez elle, elle continua à vomir pendant ces 2 jours qui suivirent, 27 et 28 mars, et fut obligée pendant ce temps de garder le lit. Le 29, elle put se lever et travailler un peu. Elle était cependant souffrante, vomissait et éprouvait des douleurs abdominales chaque fois qu'elle prenait quelque aliment. Le ventre qui avait commencé à se tuméfier dès le début des accidents, continuait à grossir. Le 2 et le 3 avril, elle se purgea sur le conseil d'un médecin, puis resta sans aller à la selle jusqu'au 6 avril, où elle eut des garde-robes spontanées.

Les accidents, malgré l'atténuation momentanée qui avaient suivi la brusquerie du début, continuant et même s'aggravant progressivement, elle se décide à entrer à l'hôpital. Les règles sont apparues à leur époque habituelle, cinq jours après le début des accidents et ont duré cinq jours comme à l'ordinaire. Depuis 2 jours, la malade souffre en urinant, la douleur de la miction existant avant, pendant et après.

Dans les antécédents, nous relevons un point intéressant. Née à l'île de la Réunion, venue à 3 ans dans l'île Maurice, elle y aurait eu les fièvres jusque vers l'âge de 12 ans environ. Elle souffrait à cette époque de douleurs dans le côté gauche, et était, paraît-il, porteuse d'une grosse rate contre laquelle on fit de nombreuses applications locales de teinture d'iode, et un traitement par la quinine et les douches. Au moment de l'établissement de la menstruation, elle épouvra de nouveau de la gêne dans l'hypocondre gauche, et depuis cette époque, c'est-à-dire depuis l'âge de 13 ans 1/2 environ, elle a toujours ressenti quelques petits symptômes de ce côté, de la gêne respiratoire et quelques palpitations, sans jamais avoir eu d'accès nouveau.

Au moment de son entrée à l'hôpital, nous notons les détails suivants : malade de 18 ans, bien constituée, mais extrêmement pâle. Yeux encavés. Pouls petit, à 120 ; température normale.

Le ventre est ballonné ; la circonférence ombilicale mesure 83 centimètres ; de l'ombilic au pubis 13 centimètres ; à l'appendice xiphoïde, 14 ; à l'épine iliaque antero-supérieure droite, 16 ; à l'épine iliaque antero-supérieure gauche, 14. A part la région épigastrique, les hypocondres, le flanc gauche et la partie la plus postérieure de la fosse iliaque gauche, la percussion dénote partout de la matité. La tension des parois empêche

toute palpation. Le ventre est, du reste, partout douloureux et les zones mates sont même le siège d'une douleur excessive à la moindre pression.

Le col est régulier, un peu entr'ouvert, admet la pulpe du doigt; l'utérus est mobile, indolent; on ne trouva rien dans les culs-de-sac. Quelques vomissements bilieux, avec un état nauséux et des efforts de vomissements presque continuels.

En présence de ces accidents, notre maître, M. Terrier, nous engage à pratiquer dès le lendemain, la laparotomie.

Le 9 avril, la malade étant anesthésiée par le Dr Bourbon, à l'aide de l'administration successive du bromure d'éthyle et du chloroforme, nous pratiquons la laparotomie médiane avec l'aide des internes de service, MM. Morax et Baillet. Notre ami, le Dr Boiffin (de Nantes) assiste à l'opération. Avant d'inciser la paroi, nous percutons de nouveau l'abdomen, la matité a partiellement changé de place. La fosse iliaque droite, qui, hier était mate, est aujourd'hui sonore; par contre, la partie postérieure de la fosse iliaque gauche, sonore hier, est actuellement mate dans toute son étendue. Malgré l'anesthésie, il est impossible de constater quoi que ce soit au palper du ventre, tant est grande la tension de ses parois.

Nous incisons la paroi abdominale immédiatement au-dessous de l'ombilic, puis agrandissons l'incision au-dessus, en contournant la moitié gauche de l'anneau. L'épiploon, rougeâtre, épaissi, adhérent, occupe toute l'étendue de notre incision. Il laisse voir par transparence une masse rouge brun sous-jacente, nous le décollons facilement avec le doigt, les adhérences étant molles et récentes. A ce moment s'écoulent 2 à 300 grammes de liquide citrin, un peu rougeâtre, mêlé de débris fibrineux.

L'épiploon, pris dans une pince, est rabattu sur une compresse stérilisée. Nous nous trouvons alors devant une rate turgescente, énorme, déplacée à grand axe oblique en bas et à droite, se présentant à nous par sa face convexe devenue antérieure. Nous l'attirons au dehors, décollant de sa face profonde des anses d'intestin grêle rouges, tomenteuses, recouvertes et agglutinées par des exsudats fibrineux. Nous arrivons ainsi sur le pédicule de la rate, pédicule gros, du volume d'un cordon ombilical, deux fois tordu sur lui-même, dans le sens des aiguilles d'une montre. Nous le détordons, puis le lions avec un double fil de soie entrecroisé, faisant ensuite par-dessus tout un nœud de sûreté. A la coupe du pédicule, nous voyons des vaisseaux thrombosés. Le grand épiploon altéré est de même reséqué au-dessous d'une ligature en chaîne de quatre fils. Pas de lavages. Suture totale de la paroi abdominale à trois étages.

La rate enlevée est un peu indurée, turgescente, sans infarctus. Elle pèse 2.190 grammes. Le liquide recueilli dans le péritoine, examiné et cultivé

par notre ami M. Morax, interne du service, ne contenait pas de micro-organismes.

9 avril soir, 37.3. Les douleurs ont disparu, la malade a eu pendant la journée quelques rejets des liquides qu'elle buvait.

Le 10, 37°, pouls 116. 37.4 le soir; depuis hier soir, la malade rend des gaz par l'anus. Elle urine seule. Encore quelques vomissements alimentaires.

Le 11, 37.4. 120 pulsations. — 37.8. 140 pulsations. — Pas de ballonnement — pas de vomissements — toujours gaz par l'anus. Etat général bon.

Rien de particulier les jours suivants. La malade va bien et a spontanément une garde-robe le 14.

Le 18, la température monte à 38° le soir.

Le 19, après l'ablation des crins cutanés, la température monte le soir à 39°.

La guérison se fait toutefois sans fièvre nouvelle et sans incident.

5 Mai. La malade considérée comme guérie, a, le soir, un petit accès rappelant les accès intermittents. (Petits frissons-chaieurs, sueurs, 38.8.)

Il en est de même le 10 au matin.

Le 16, elle quitte l'hôpital en parfaite santé. La cicatrice, régulière, souple, sans éventration, mesure 14 centimètres de long; elle remonte d'un centimètre 1/2 au-dessus de l'ombilic et s'arrête à 2 centimètres du pubis.

OBS. XIX. — *Rotation de la rate; ablation; guérison*, par EDWARD MALINS, M. D. Edin. M. R. C. P. Lond; médecin accoucheur à l'hôpital général, Birmingham.

Au commencement de l'année, je rappelai brièvement dans la *Lancette* un cas de rotation de la rate avec splénectomie suivie de succès. L'histoire suivante est suffisamment intéressante pour me permettre de publier quelques nouveaux détails. La malade, petite, âgée de 30 ans, fut admise à l'hôpital général de Birmingham, le 31 décembre 1893, avec l'histoire suivante. Elle était mariée depuis dix ans; quatre enfants sans fausses couches; son dernier accouchement datait de 16 mois.

Les règles étaient normales. Elle avait une cicatrice au front, due sans doute à un abcès résultant d'une chute qu'elle avait faite 8 ans auparavant. Sur le tibia gauche, il y avait aussi une cicatrice irrégulière déprimée qui, disait-elle, était le reste d'un dépôt qui s'était formé et avait laissé une lésion il y a 6 ans.

Antécédents héréditaires seuls. Il y a quelques mois, elle remarqua pour la première fois une tumeur dans le côté gauche, au-dessous des côtes, mobile, indolore; elle grossit rapidement, gagna la ligne médiane vers le

côté droit, et s'étendit aussi en bas, mais sans donner lieu à aucun accident spécial. Le 25 décembre, sans aucun effort ni traumatisme, elle fut saisie d'une violente douleur dans l'abdomen, avec vomissements et prostration qui persistèrent sans amélioration jusqu'à son admission à l'hôpital.

A l'examen, l'abdomen était distendu, très sensible au toucher. Elle se plaignait d'une grande douleur généralisée. Occupant la partie inférieure de l'abdomen, surtout le côté gauche, se trouvait une tumeur, dense, ferme, à surface uniforme, très sensible à la palpation ; on la sentait au-dessus de l'ombilic et vers le côté gauche, mais étant donnée la distension de l'abdomen, on ne pouvait pas la délimiter dans cette direction. Au-dessous, elle passait dans le bassin, repoussant l'utérus en arrière. Le bord pouvait en être senti à travers le cul-de-sac vaginal gauche. Elle paraissait mobile autant que les manipulations le permettaient ; et du côté droit, il y avait un espace libre.

La température était de 100 F, et le pouls 110° ; l'expression était anxieuse ; la langue sèche ; sans albumine dans l'urine.

Le 2 janvier 1894, une incision fut pratiquée sur la ligne médiane, et l'on trouva que la tumeur n'était autre que la rate hypertrophiée, de couleur pourpre, tendue, et tordue d'un demi tour sur son axe. Le pédicule avait près d'un pouce d'épaisseur ; les veines étaient thrombosées et solides. En essayant de le remettre en position, la rotation se reproduisait, il semblait y avoir danger de le briser.

Deux minces fortes ligatures de soie préparée furent jetées autour du pédicule, sans transfixion, et la rate fut enlevée après libération de quelques adhérences. La cavité abdominale fut soigneusement débarrassée d'environ 6 onces d'un liquide rouge, séreux ; la plaie fut refermée par des sutures de soie, et un bandage antisytique appliqué. Le jour suivant, la température était de 98,8 et le pouls 100°. Le 4^e jour, la malade avait passé une nuit meilleure qu'elle n'en avait eu depuis bien des mois. Le 6^e jour, le pouls était à 82° la température restant normale.

Elle fit une convalescence sans accident, et quitta l'hôpital le 25 janvier se trouvant beaucoup mieux depuis la splénectomie.

Examen de la rate par le Dr Douglas Stanley. Poids : 2 l. 5 onces. Très hypertrophiée, ferme, de couleur sombre ; hypertrophie générale sans altération des formes ; mais les encoches étaient à peine sensibles. La capsule très épaissie ; torsion très marquée des vaisseaux formant le pédicule. Thrombose complète de façon à les rendre imperméables.

Examen microscopique. — Engorgement notable des corpuscules rouges ; les sinus et les mailles du reticulum en sont gorgés. La trame fibreuse et la capsule très épaissie. Pas d'éléments anormaux.

(Suit l'examen du sang de la malade.)

OBS. XX. — *Extirpation d'une rate ectopie avec torsion du pédicule*, par le professeur RUNGE (M.) (de Gottingen.) Berliner Klinische-Wochenschnifs, 22 avril 1895.

La patiente âgée de 21 ans, de bonne santé habituelle, d'aspect assez robuste, n'ayant jamais accouché, se plaint d'une augmentation de volume du ventre avec douleurs exagérées par les mouvements ; elle souffre également de gastralgie.

Dans le petit bassin existe une tumeur un peu allongée, grosse à peu près comme 2 poings, de consistance analogue à celle du rein, qui refoule l'utérus en rétroflexion mais ne présente aucune adhérence avec les organes génitaux profonds.

Cette tumeur est en effet très mobile, se laisse avec facilité refouler en haut jusque dans le creux épigastrique, jusqu'aux côtes droites et même sous les côtes gauches ; en même temps qu'on déplace la tumeur, l'utérus reprend sa position normale.

L'examen du sang ne dénote aucune augmentation des globules blancs. L'urine est normale.

Le diagnostic n'est pas établi avec certitude ; il oscille entre une rate mobile et un rein en ectopie.

Les violentes douleurs éprouvées par la malade invitaient à une laparotomie sous chloroforme. La tumeur est attirée au dehors à travers l'incision faite sur la ligne blanche. Elle présente des adhérences multiples avec l'épiploon, lesquelles sont liées, puis sectionnées : c'est la rate très hypertrophiée, extrêmement congestionnée et pourvue d'un pédicule très allongé.

Le ligament gastro-splénique, très étiré, et renfermant dans son épaisseur la queue du pancréas, est tordu une fois autour de son axe. Après détorsion du pédicule, on fait une double ligature sur les gros vaisseaux de celui-ci, on traite le ligament spleno-diaphragmatique, puis la rate est sectionnée au ras du pancréas ; après quoi on suture avec soin la surface du pédicule. Quelques sutures passent également dans le tissu du pancréas. Fermeture de la plaie abdominale.

La rate enlevée est longue de 17^{cm} 1/2, large de 12, épaisse de 6, et pèse 850 grammes. Les veines du hile sont remplies du sang coagulé ; les artères sont perméables.

La rate est très congestionnée. Sur une surface de section, elle présente une couleur rouge sombre et en quelques points, il existe de grands épanchements sanguins dans l'épaisseur du parenchyme. Ce sont en somme les mêmes lésions que dans la torsion simple d'un pédicule d'un kyste de l'ovaire : obstacle au retour du sang, forte hyperémie, épanchement sanguin dans la tumeur, formation d'adhérences avec les organes voisins.

L'examen minutieux de la rate fait à l'Institut pathologique rapprochait les lésions de celles d'une rate leucocythémique. Mais l'observation clinique contredit absolument ce diagnostic. On peut seulement parler de splénite chronique. Manifestement l'organe primitivement hypertrophié avait acquis par suite de la stase sanguine due à la torsion du pédicule un volume considérable.

Les suites opératoires ne présentèrent rien de remarquable à l'exception de deux élévations de température qui peuvent se rattacher à une très forte bronchite.

L'examen du sang pratiqué le 5^e jour dénote une augmentation considérable des globules blancs. L'examen pratiqué quotidiennement à partir du 7^e jour avec l'appareil compteur de Thomas Zeiss ne montre aucune diminution essentielle des globules rouges, tandis que persiste l'augmentation remarquable des globules blancs. Le rapport des blancs au rouge en moyenne était de 1 0/0. Encore à la fin de la 3^e semaine, la proportion était la même. Dans la 4^e, les globules blancs diminuent de nombre et peu à peu la proportion se rapproche de la normale.

Les cellules éosinophiles ne furent pas trouvées dans la sang.

On n'observa pas de gonflement des glandes lymphatiques ou du corps thyroïde. 35 jours après l'opération la malade pouvait retourner chez elle.

